



**You have downloaded a document from  
RE-BUS  
repository of the University of Silesia in Katowice**

**Title:** Lekarz : zawód czy powołanie? Postawy lekarzy wobec pracy zawodowej

**Author:** Joanna Wójcik

**Citation style:** Wójcik Joanna. (2018). Lekarz : zawód czy powołanie? Postawy lekarzy wobec pracy zawodowej. Katowice : Oficyna Wydawnicza Wacław Walasek



Uznanie autorstwa - Licencja ta pozwala na kopiowanie, zmienianie, rozprowadzanie, przedstawianie i wykonywanie utworu jedynie pod warunkiem oznaczenia autorstwa.



UNIwersYTET ŚLĄSKI  
W KATOWICACH



Biblioteka  
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki  
i Szkolnictwa Wyższego

Monografia naukowa

LEKARZ

Zawód czy powołanie?  
Postawy lekarzy wobec  
pracy zawodowej

---

Joanna Wójcik



**Lekarz**  
**Zawód czy powołanie?**  
**Postawy lekarzy wobec pracy zawodowej**



Joanna Wójcik

**Lekarz  
Zawód czy powołanie?  
Postawy lekarzy  
wobec pracy zawodowej**

**Monografia naukowa**



OFICyna WYDAWNICZA

Katowice 2018

Recenzent:  
*dr hab. Krzysztof Łęcki*

ISBN 9788365694560

Copyright © 2018 by Joanna Wójcik

Publikacja sfinansowana przez Uniwersytet Śląski w Katowicach



Wydawca:  
Oficyna Wydawnicza Wacław Walasek  
Katowice, ul. Mieszka I 15  
wacek@oficynaww.pl

Skład i łamanie:  
*Ireneusz Olsza*

Wydanie I  
Ark. druk. 10,4. Ark. wyd. 11,0.

# Spis treści

<b>Wstęp</b> .....	7
<b>1. Zawód lekarza</b> .....	9
1.1. Zawód .....	9
1.2. Profesja lekarska jako zawód zaufania publicznego .....	13
1.3. Rola społeczna .....	20
1.4. Rola zawodowa lekarza .....	23
1.4.1. Socjalizacja do roli zawodowej lekarza .....	26
1.4.2. Proces tworzenia roli zawodowej lekarza .....	33
1.4.3. Uwarunkowania roli zawodowej lekarza .....	35
<b>2. Postawy lekarzy wobec pracy zawodowej</b> .....	37
2.1. Postawa społeczna .....	37
2.2. Postawa wobec pracy zawodowej lekarzy .....	44
2.3. Kształtowanie i zmiana postaw zawodowych wśród lekarzy .....	47
2.4. Czynniki wpływające na postawy zawodowe lekarzy .....	49
2.4.1. Stres w pracy lekarza .....	50
2.4.2. Satysfakcja lekarzy z pracy zawodowej .....	57
2.4.3. Stosunki między współpracownikami i relacje ze środowiskiem pracy .....	59
2.4.4. Warunki i miejsce pracy lekarzy .....	67
<b>3. Metodologia badań</b> .....	77
3.1. Cel i przedmiot badań .....	77
3.2. Problem badawczy .....	78
3.3. Pytania badawcze .....	78
3.4. Metody i techniki badawcze .....	79
3.5. Zasady doboru próby badawczej .....	83
3.6. Charakterystyka badań .....	85
3.6.1. Miejsce badań .....	85
3.6.2. Organizacja badań .....	86
3.6.3. Przebieg badań .....	86



---

<b>4. Wyniki badań</b> .....	89
4.1. Prezentacja wyników badań .....	89
4.2. Wnioski z badań .....	136
<b>Zakończenie</b> .....	141
<b>Spis wykresów</b> .....	143
<b>Spis tabel</b> .....	145
<b>Aneks</b> .....	146
Kwestionariusz ankiety .....	146
Dyspozycje do wywiadu .....	155
<b>Bibliografia</b> .....	157

# Wstęp

Współczesny obraz medycyny utożsamiany jest z nowoczesnymi technologiami i medyczną aparaturą, która ma ratować ludzkie życie i zdrowie. Współczesna medycyna to także doskonale wyszkoleni specjaliści i leki nowej generacji. U podstaw tego wyobrażenia leży społeczne przekonanie, iż skuteczność medycyny zależy od postępu w nauce i technice, w rozważaniach tych często pomija się natomiast aspekt ludzki.

Często niedoceniany bywa sam zawód lekarza i powołanie, które skłoniło daną jednostkę do wykonywania medycznej profesji. Ze społecznego punktu widzenia, mało istotne w efektywności leczenia są także postawy lekarzy wobec wykonywanego zawodu oraz ich satysfakcja zawodowa. Monografia ta ma na celu uświadomienie jak ważne są to czynniki oraz jak istotna jest ich teoretyczna analiza na gruncie nauk społecznych.

Obecnie widoczne przemiany na gruncie medycyny wpływają znacząco na układ relacji w całym systemie służby zdrowia. Pacjent zaczął być postrzegany w sposób holistyczny z uwagi na zmianę podejścia do samej choroby, która nie oznacza już wyłącznie dolegliwości biologicznych, ale także psychiczne i społeczne. Następuje wzrost zainteresowania społecznymi uwarunkowaniami relacji lekarz–pacjent oraz psychologiczną odpowiedzialnością lekarza nad chorym. Coraz częściej brane są pod uwagę zagadnienia etyczne i moralne, które stanowią nieodłączny element pracy każdego lekarza.

Lekarze nie pełnią już wyłącznie roli osób pomagającym w wyjściu z choroby, ale stają się odpowiedzialni za kształtowanie zachowań prozdrowotnych. Lekarze powinni propagować zdrowy tryb życia oraz zachęcać społeczeństwo do korzystania z usług profesjonalnej opieki medycznej celem profilaktyki prozdrowotnej.

Współczesna socjologia medycyny kładzie nacisk głównie na sposób nawiązywanej interakcji między lekarzem i pacjentem. W tym aspekcie naukowcy zwracają szczególną uwagę na łączenie modelu naukowego, biomedycznego z podejściem humanistycznym. Podkreśla się tu wagę subiektywnego wymiaru choroby oraz indywidualnego podejścia do każdego pacjenta jako jednostki. Postulaty te nie zawsze dominowały w naukach medycznych. Zmianie uległy również pozycja społeczna i rola pacjenta oraz jego status w procesie leczenia. Chorzy coraz częściej domagają się przywrócenia tożsamości społecznej w działaniach terapeutycz-

nych. Pacjenci stają się również coraz bardziej aktywnymi i świadomymi podmiotami procesu medycznego.

Niezmiennie są natomiast status zawodowy lekarza oraz szacunek jakim obdarzany jest przez społeczeństwo. Czynniki te, jak się wydaje, nie uległy znaczącym zmianom na przestrzeni czasu. Lekarze nadal utożsamiani są z autorytetami i cieszą się prestiżem społecznym. Należy jednak zastanowić się, czy ten aspekt także wpływa na poczucie powołania lekarzy do wykonywanej pracy oraz ich postawy zawodowe.

Tematyka postaw zawodowych lekarzy należy do zagadnień rzadko podejmowanych na gruncie nauk społecznych. Pojęcie to jest wysoce interdyscyplinarne, łączy bowiem podejście wielu nauk, tj. socjologii medycyny, psychologii społecznej, socjologii pracy. W opracowaniu tym autorka ma na celu przedstawienie podejść wyżej wymienionych nauk do tematyki postaw zawodowych lekarzy i ukazanie w jaki sposób zagadnienia te odnoszą się do poczucia powołania i misji do wykonywania zawodu lekarza. Autorka zdecydowała się na podjęcie tego tematu także z uwagi na coraz bardziej rosnącą rolę kształtowania poprawnych relacji w kontakcie lekarza z pacjentem.

Biorąc pod uwagę powyższą tematykę, niniejsza praca składa się z czterech rozdziałów. Dwa pierwsze to rozdziały teoretyczne, które stanowią próbę opisu podjętego tematu na gruncie literatury przedmiotu, tj. pojęcia zawodu lekarza i postawy wobec pracy zawodowej. Kolejno, rozdział metodologiczny przedstawiający założenia badawcze oraz rozdział empiryczny, w którym opisane zostały wyniki badań własnych.

# 1. Zawód lekarza<sup>1</sup>

Celem tego rozdziału jest przedstawienie pojęcia zawodu lekarza. Z tego względu początkowo zostaną przedstawione definicje i koncepcje teoretyczne pojęć zawodu oraz roli społecznej. Kolejno założenia te zostaną odniesione do profesji lekarskiej.

Autorka chciałaby szerzej skupić się w tym rozdziale na roli zawodowej lekarza oraz jej wyznacznikach, tj.: zakresie praw i obowiązków lekarza, treści pracy lekarza, prestiżu zawodowym i autorytecie obecnym w pracy lekarza, asymetryczności relacji na linii lekarz–pacjent, stylu pracy lekarza.

## 1.1. Zawód

Pojęcie zawodu należy do zagadnień niezwykle obszernych i definiowanych na różnych płaszczyznach teoretycznych. Różni badacze wskazują w swoich definicjach na odmienne kwestie, zależnie od podejmowanej tematyki i zainteresowań naukowo-badawczych.

Zainteresowanie tematem zawodu oraz związanej z nim nieodłącznie człowiekiem właściwe jest dla wielu nauk. Poza socjologami, tematyka ta interesuje także ekonomistów, pedagogów, psychologów, filozofów, a także lekarzy i specjalistów marketingu i zarządzania. Nieodłącznie jednak kwestią wspólną dla różnych podejść i dziedzin naukowych jest fakt występowania wzajemnej korelacji między człowiekiem a zawodem.

Pojęcie zawodu, aby było lepiej zrozumiane wymaga przytoczenia definicji. Jednak uprzednio warto podkreślić, iż słowo „zawód” posiada swój odpowiednik w sformułowaniach: „zajęcie”, „fach”, „profesja”, „specjalność”, „rzemiosło”.<sup>2</sup>

Literatura naukowa stosuje inny podział terminu „zawód” i rozróżnia go od pojęcia specjalności i zajęcia. „Specjalność” pojmowana jest jako podział pracy w ob-

---

<sup>1</sup> Rozdział na podstawie niepublikowanej pracy magisterskiej pt. *Lekarz – zawód, czy powołanie? Postawy lekarzy wobec pracy. Analiza socjologiczna na przykładzie personelu medycznego wybranych szpitali*, obronionej przez autorkę w 2012 r. w Instytucie Socjologii Uniwersytetu Śląskiego (promotor prof. zw. dr hab. K. Wódz).

<sup>2</sup> W. Cienkowski, *Praktyczny słownik wyrazów bliskoznacznych*, PWN, Warszawa 1993, s. 77.

rębie danego zawodu, czyli umiejętność wykonywania pewnych czynności, które przynależą do konkretnego zawodu. Zajęcie natomiast określane jest jako zbiór czynności, dzięki którym jednostka posiada środki potrzebne jej do utrzymania.<sup>3</sup>

Pojęcie zawodu stosowane jest zarówno w piśmiennictwie naukowym, paranaucowym, jak i w mowie potocznej. Istnieje wielość definicji tego terminu, jednak wartym podkreślenia jest fakt, iż istnieją trzy prawidłowości, które łączą wszystkie definicje pojęcia zawód. Są to następujące aspekty definicyjne:

- teza, iż zawód zakłada stałość w wykonywanych czynnościach;
- teza, iż zawód zakłada konieczność opanowania określonego typu czynności i umiejętności;
- teza, iż zawód zakłada możliwość zabezpieczenia finansowego osoby pracującej.<sup>4</sup>

W literaturze przedmiotu spotkać możemy wielość definicji pojęcia zawód. Andrzej Makarczyk definicje te dzieli względem podziału owych definicji na trzy grupy:

- *definicje o określonych zespołach czynności wykonywanych w warunkach społecznego współżycia ludzi i zmieniających się w czasie [...];*
- *definicje traktujące zawód jako zmienną niezależną, w których mówi się o zachowaniach ludzi wynikających z faktu wykonywania określonego zawodu [...];*
- *definicje dążące do ustalenia cech struktury zatrudnienia [...].<sup>5</sup>*

Każdy zawód, który wykonuje człowiek określa jego miejsce i rolę w społeczno-politycznym podziale pracy. Idąc tym tropem warto w tym miejscu zacytować definicję Mariana Z. Stepulaka, który określa zawód jako *profesjonalną działalność, z której czerpie się środki do życia*.<sup>6</sup>

Z prawnego punktu widzenia definicję zawodu przedstawia Krystyna Wojtczak. W ujęciu badaczki, zawód jest *osobistym wykonywaniem wewnętrznie spójnego zbioru czynności (zadań), wymagających określonych kwalifikacji (wiedzy i umiejętności), systematycznie i odpłatnie, na podstawie i w granicach obowiązującego porządku prawnego*.<sup>7</sup> Definicja ta zakłada, iż pojęcie zawodu obejmuje pewne nieodłączne elementy. Są to:

- założenie, że zawód jednostka wykonuje osobiście;
- założenie, że czynności zawodowe są wykonywane w sposób systematyczny i trwały;
- założenie, że o istocie każdego zawodu stanowi zespół określonych czynności (zadań);

---

<sup>3</sup> U. Jeruszka, *Człowiek i zawód. Wybrane zagadnienia z pedagogiki pracy*, Wydawnictwo Instytutu Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2010, s. 18.

<sup>4</sup> Tamże, s. 18–19.

<sup>5</sup> A. Makarczuk, *Zawód w ujęciu socjologicznym*, Wydawnictwo Akademii Nauk Społecznych, Warszawa 1986, s. 7–8.

<sup>6</sup> M.Z. Stepulak, *Psycholog jako zawód zaufania społecznego*, Wydawnictwo Towarzystwa Naukowego KUL, Lublin 2007, s. 45.

<sup>7</sup> K. Wojtczak, *Zawód i jego prawna reglamentacja. Studium z zakresu materialnego prawa administracyjnego*, Przedsiębiorstwo Wydawnicze „Ars boni et aequi”, Poznań 1999, s. 50.

- założenie, że do wykonywania zawodu potrzebne są określone kwalifikacje zawodowe;
- założenie, że wykonywanie czynności zawodowych wiąże się z korzyściami zarobkowymi;
- założenie, że wykonywanie zawodu jest zajęciem społecznie użytecznym.<sup>8</sup>

Z historycznego punktu widzenia pojęcie zawód rozpatruje Jarosław Ładosz. Dla tego badacza zawód jest *historycznie wyodrębnionym samodzielnym członem techniczno-organizacyjnego podziału pracy społecznej, który charakteryzuje się tym, że:*

- *jednostki do niego przynależne mają trwale opanowane umiejętności wykonywania i trwale wykonują określony jakościowo zespół prac [...];*
- *wytwory ich pracy nie służą w swej masie zaspokajaniu osobistych potrzeb konsumpcyjnych ich wykonawców, lecz są ich wkładem w historyczny i społecznie system produkcji i usług [...].*<sup>9</sup>

Arthur S. Reber rozumie pojęcie zawodu dwojako. Po pierwsze zawód jest formą aktywności, za pośrednictwem której jednostka zarabia na życie. Jest to podejście szczegółowe, które kładzie nacisk na kwestie ekonomiczne i społeczne. Po drugie zaś, zawód jest każdą prowadzoną przez człowieka aktywnością, bez względu na to z czego ta osoba się utrzymuje. Podejście to ma wymiar bardziej ogólny.<sup>10</sup>

Wiele definicji zawodu odwołuje się bezpośrednio do teorii czynności ludzkich. Jej twórcą na gruncie polskim był Tadeusz Tomaszewski. Podkreślał on *zależność funkcjonowania człowieka od jego kwalifikacji, czyli od tego, co wie i potrafi wykonać oraz motywacji, czyli na ile chce działać w określonych warunkach.*<sup>11</sup> Każda czynność, także zawodowa wymaga od jednostki wyuczenia i zapamiętania określonych sekwencji w wykonywanych czynnościach. To z kolei nakłada na osobę wykonującą dany zawód posiadania określonego typu kwalifikacji.

Aby wykonywać określony zawód konieczne są do tego określone predyspozycje. Są to przede wszystkim fachowa wiedza i umiejętności z danej dziedziny pracy. Mówiąc o wiedzy mamy na myśli nie ogólny potencjał wiedzy wszechstronnej, ale wiedzę niezbędną do wykonywania określonych zadań zawodowych oraz umiejętność wykorzystania tejże wiedzy w praktyce.<sup>12</sup>

Poza wiedzą w wykonywaniu określonego zawodu istotne są także osobiste uwarunkowania, które pomagają bądź utrudniają pracę w danym zawodzie. Jednak decydujący wpływ mają także kompetencje etyczne, ponieważ jednym z warunków sprawności zawodowej jest wysoka wartość moralna przejawiana przez człowieka. Zawód za sprawą styczności społecznych, które stwarza czyni z człowieka członka

---

<sup>8</sup> Tamże, s. 84–93.

<sup>9</sup> J. Ładosz, *Klasa a zawód*, Wydawnictwo Książka i Wiedza, Warszawa 1980, s. 80.

<sup>10</sup> M.Z. Stepulak, *Psycholog jako zawód zaufania społecznego*, Wydawnictwo Towarzystwa Naukowego KUL, Lublin 2007, s. 46.

<sup>11</sup> U. Jeruszka, *Człowiek i zawód. Wybrane zagadnienia z pedagogiki pracy*, Wydawnictwo Instytutu Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2010, s. 19.

<sup>12</sup> Tamże, s. 12–13.

określonych grup, łączy go więzami solidarności zawodowej, szacunku i przyjaźni, wytwarza autorytet, a tym samym kształtuje odpowiedzialność i etykę zawodową. Należy jednak pamiętać, iż moralność nie zawsze pociąga za sobą umiejętne wykonywanie obowiązków zawodowych oraz wysokie osiągnięcia zawodowe. Aspekt ten jednak uwidacznia socjologiczny wymiar pracy zawodowej, dzięki której człowiek wchodzi w system społeczny. Nie mniej jednak każdy zawód, bez względu na miejsce i charakter wykonywanej pracy, zawiera w sobie poza aspektem społecznym, także aspekt indywidualny.

Zawód należy do kategorii, które w znaczący sposób oddziałują na osobowość i charakter jednostki. Każdy zawód, niezależnie od jego charakteru wpływa na strukturę psychiczną i społeczną osobowości człowieka. Kształtuje także osobowość zawodową i pracowniczą. Dzięki pracy zawodowej jednostka kształtuje swoje przyzwyczajenia, wzbogaca doświadczenie zawodowe, pogłębia wiedzę i udoskonala już nabyte umiejętności.<sup>13</sup> Dzieje się tak za sprawą ciągłej presji na samodoskonalenie, kształtowania autorytetu zawodowego, odpowiedzialności pracowniczej. Podczas okresu wykonywania pracy zawodowej, jednostka niejako zmuszona jest do permanentnego doskonalenia swoich umiejętności, aby wraz z upływem czasu nastąpił wzrost poziomu wiedzy i kwalifikacji zawodowych. Widać tu wzajemną zależność, ponieważ zarówno praca wzbogaca osobowość jednostki, jak i osobowość wpływa na sposób wykonywanej pracy zawodowej oraz sam wybór drogi kariery zawodowej.<sup>14</sup>

Aby móc pracować zawodowo, człowiek musi być obdarzony określonymi kwalifikacjami zawodowymi. Tadeusz Nowacki zalicza do nich następujące elementy:

- *Nastawienie i postawy wobec pracy* (wpływ na to mają: potrzeby biologiczne, społeczne i kulturowe);
- *stan zdrowotno-fizyczny pracownika*;
- *Umiejętności wykonawcze, praktyczne i umysłowe*.<sup>15</sup>

Biorąc pod uwagę tematykę pracy, warto w tym miejscu przytoczyć definicję zawodu lekarza. *Lekarz to z jednej strony doskonały znawca ludzkiego ciała, mający całościową wiedzę o zdrowiu i chorobach człowieka, z drugiej – praktyk posiadający umiejętności leczenia chorób i zapobiegania im. Lekarz jest specjalistą nauk przyrodniczych, ponieważ korzysta z dorobku wielu nauk z tej grupy, a zarazem nauk humanistycznych, bo celem jego działania jest człowiek. Jest też specjalistą w różnych ścisłych specjalnościach naukowych i praktycznych [...]*.<sup>16</sup>

Lekarz jest osobą, która dzięki swojej wiedzy, umiejętnościom i środkom farmakologicznym eliminuje procesy chorobowe, zapobiega nawrotom, usuwa dolegliwości oraz prowadzi działalność przeciwdziałającą powstawaniu procesów chorobowych.

<sup>13</sup> Tamże, s. 15.

<sup>14</sup> M.Z. Stepulak, *Psycholog jako zawód zaufania społecznego*, Wydawnictwo Towarzystwa Naukowego KUL, Lublin 2007, s. 53.

<sup>15</sup> Tamże, s. 55.

<sup>16</sup> P. Hebda, J. Madejski, *Zawód z pasją: nauka, praca, kariera*, Wydawnictwo Park, Bielsko-Biała 2004, s. 365.

Warto w tym miejscu przytoczyć słowa profesora Witolda Rudowskiego, uznanego chirurga: *życie lekarza to ciągła droga od jednego dramatycznego przypadku do drugiego. A łączy się to z uczuciem lęku, niekiedy niezadowolenia i osamotnienia. Ale jest coś, co przyciąga ludzi do tego zawodu [...]*.<sup>17</sup>

Podsumowując, należy zaznaczyć, iż wykonywany zawód w znaczący sposób wpływa na całokształt życia człowieka oraz staje się istotnym wyznacznikiem wartości i możliwości jednostki. Zawód umieszcza jednostkę w określonym kontekście społecznych działań, wywiera wpływ i nacisk na jej osobowość, stawia określone wymagania i presję na samodoskonalenie się, wpływa na dalszą drogę życia. Dlatego tak ważna jest umiejętność odpowiedniego wyboru zawodu. Jak tego dokonać? O tym mowa w kolejnym podrozdziale pracy, który stanowi wprowadzenie do analizy zawodu lekarza.

## 1.2. Profesja lekarska jako zawód zaufania publicznego

Zaufanie jest pojęciem niezwykle szerokim i wieloznacznym. Sformułowanie to wykorzystuje się w wielu dziedzinach życia oraz w licznych dyscyplinach naukowych. Zaufanie to *całkowite zawierzenie komuś lub też wiara w kogoś*.<sup>18</sup> Człowiek zaufany to *ten, na którym można polegać, komu się wierzy, kto jest pewny*.<sup>19</sup> Jest to zatem osoba, której można powierzyć tajemnicę czy sekret i być pewnym, iż zatrzyma to dla siebie.

Zaufanie to zasada, która służy budowaniu i podtrzymywaniu poprawnych stosunków międzyludzkich. W tym względzie zaufanie może być traktowane w sposób pozytywny jako prerogatywa regulowana prawem, status rządowy. Z drugiej strony zaufanie ma tu wydźwięk negatywny i odnosi się do nadużyć, bądź też przekłamań, które naruszają zasadę zaufania.

Zaufanie stanowi czynnik, który bierze udział w osobowym kształtowaniu jednostki ludzkiej, ponieważ odnosi się nie tylko do aspektu moralno-etycznego, ale także do całościowego obszaru rozwojowego jednostki. Zaufanie oznacza pełną zrozumienia formę relacji i porozumienia między ludźmi w różnych formach wzajemnych relacji. *Zaufanie oznacza coś więcej niż tylko poczucie bezpieczeństwa czy też przywiązania, [...] zaufanie jest właściwością specyficzną ludzką i osobową [...]. Zaufanie stanowi podstawowy czynnik holistycznego i osobowego rozwoju jednostki ludzkiej [...]*.<sup>20</sup>

<sup>17</sup> W. Rudowski, W. K. Bochenek, D. Kortko, *Dobry zawód. Z lekarzami rozmawiają Krystyna Bochenek i Dariusz Kortko*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2006, s. 29.

<sup>18</sup> M.Z. Stepulak, *Psycholog jako zawód zaufania publicznego*, Wydawnictwo Towarzystwa Naukowego KUL, Lublin 2007, s. 141.

<sup>19</sup> S. Skorupka, H. Anderska, Z. Lempicka, *Mały Słownik Języka Polskiego*, PWN, Warszawa 1989, s. 987.

<sup>20</sup> M.Z. Stepulak, *Psycholog jako zawód zaufania publicznego*, Wydawnictwo Towarzystwa Naukowego KUL, Lublin 2007, s. 21.



Zaufanie społeczne (publiczne) to kwestia, która obejmuje bardzo wiele ważnych sfer życia codziennego, także w wymiarze zawodowym. Zaufanie społeczne, jak nazwa wskazuje, odnosi się do relacji społecznych i publicznych. Zawód lekarza zakłada stosunki o charakterze społecznym, dlatego też należy do grupy zawodów *sensu stricto* zaufania społecznego.

Lekarz to zawód prestiżowy, cieszący się zaufaniem społecznym. Wielu twierdzi, że pracę lekarza trzeba traktować jak misję, powołanie, profesję, w której nie ma miejsca na wyrachowanie czy interesowność osobistą. Zaufanie społeczne (publiczne) odnosi się nie tylko do pojedynczych relacji międzyludzkich, ale także do relacji szerszego kontekstu, mianowicie relacji społecznych. Szczególną rolę odgrywa w tym miejscu praca zawodowa lekarza. Zachowanie lekarza powinno sprzyjać wytworzeniu atmosfery zaufania i życzliwości. Dzięki temu lekarz będzie mógł stworzyć z pacjentem relacje osobowe oraz poznać jego otoczenie społeczne.

Zaufanie społeczne jakim pacjent obdarza lekarza wynika z etyki zawodowej lekarzy, która dotyczy moralnych aspektów pracy i rozpatrywana jest w sposób globalny. Etyka zawodowa jest *teorią odpowiedzialnej, moralnie dobrze realizowanej pracy, to znaczy wykonywanej dzięki sprawnościom, warunkującym efektywną pracę*.<sup>21</sup>

Praca zawodowa lekarza może być adekwatna tylko wówczas, gdy opiera się za zaufaniu pacjentów i współpracowników. Brak zaufania uniemożliwia prawidłową pracę oraz uczciwość zawodową. Nawiązanie osobistych relacji w środowisku pracy uznanym za niemoralne i nie godne zaufania, jest znacząco ograniczone. Należy też podkreślić, iż wartości takie jak moralność, zaufanie i uczciwość, powinny się wzajemnie uzupełniać w pracy lekarza. Z tego też względu profesję lekarską nazywamy zawodem zaufania społecznego (publicznego).

Na to, czy pacjent obdarzy lekarza zaufaniem wpływ ma szereg kontekstów i czynników. Do jednych z nich należą kwalifikacje moralne lekarza. Proces kształtowania zaufania społecznego wobec zawodu lekarza odbywa się w oparciu o określone dyspozycje moralne i etyczne osoby. Fundamentalne normy moralne stanowią podstawę zaufania pacjenta do lekarza i jego działań. Warto w tym miejscu podkreślić, iż kwalifikacje lekarza to nie tylko wiedza i umiejętności medyczne, ale także dyspozycje moralne i etyczne, czyli te czynniki, które wpływają na społeczne zaufanie wobec jego osoby.

Kwalifikacje moralno-etyczne lekarza odgrywają znaczącą rolę zwłaszcza w sytuacji nawiązania kontaktu pacjenta z lekarzem. Do pożądanych dyspozycji moralnych w zawodzie lekarza należą: poczucie tożsamości zawodowej, prawdomówność, ponoszenie odpowiedzialności za słowo, lojalność zawodowa, zaufanie w relacji interpersonalnej lekarz–pacjent.<sup>22</sup>

Poczucie tożsamości zawodowej zdaje się być czynnikiem niezbędnym w pracy zawodowej lekarza.

---

<sup>21</sup> Tamże, s. 10.

<sup>22</sup> Tamże, s. 99.

Tożsamość ta przejawia się zarówno w wymiarze osobistym, jak i społecznym. Ten pierwszy zakłada, iż tożsamość stanowi zbiór samookreśleń, za pomocą których jednostka określa własną osobę i charakteryzuje odmiennosć Ja i Inni Ludzie. Tożsamość społeczna natomiast obejmuje zbiór samookreśleń, dzięki którym jednostka wprowadza rozróżnienie na My i Inni ludzie. Druga forma tożsamości stanowi jej wyższą, bardziej zaawansowaną formę. Dzięki niej jednostka jest w stanie identyfikować się z innymi ludźmi i umiejętnie buduje z nimi więź komunikacyjną. Tożsamość społeczna pełni również ważną rolę w kształtowaniu się poczucia wspólnoty i gotowości do współdziałania i współpracy z otoczeniem zawodowym i społecznym.<sup>23</sup>

Wymogi etyczne stanowią pomoc dla lekarzy w kształtowaniu ich tożsamości zawodowej. Ujęte w nich zasady postępowania są wskazówką jak postępować w pracy zawodowej. Lekarz musi zawsze być otwarty jedynie na dobro pacjenta, musi stale podnosić swoje kwalifikacje zawodowe, musi posiadać zdolność radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Dość dużych problemów nastręcza fakt, iż lekarz musi zachować swoją tożsamość zawodową przy jednoczesnym podejmowaniu wielu ról zawodowych, na przykład roli diagnosty, eksperta, konsultanta medycznego, psychoterapeuty. Sformułowanie, iż zawód lekarza jest profesją zaufania publicznego oznacza również, że intencja niesienia pomocy przez lekarza oraz jego precyzja i staranność w wykonywaniu działań zawodowych nie powinna być uzależniona od cech społeczno-psychicznych pacjenta, na przykład sytuacji materialnej, pozycji społecznej, światopoglądu, wyznania, narodowości, wieku, wykształcenia itp.

Fakt, iż lekarz jest zawodem zaufania społecznego oznacza również, iż nie może on wykorzystywać swojej władzy ani wiedzy o pacjencie na użytek osobistych potrzeb bądź to wspomagania prywatnych interesów. Lekarz zobowiązany jest także unikać pozazawodowych relacji z pacjentem, aby nie zmniejszać profesjonalizmu i dystansu zawodowego. Lekarz powinien być także świadom własnych zachowań w relacji z pacjentem, zwłaszcza w wymiarze intymnym i cielesnym. Powinien postępować tak, aby nie urazić ani nie zawstydzić pacjenta, i aby ten mógł obdarzyć go bezwzględnym zaufaniem. W tym kontekście sprawdza się humanistyczne nastawienie osoby lekarza, zrozumienie relacji interpersonalnych i drobnych niuansów sytuacyjnych rządzących interakcjami zawodowymi. Lekarz to nie tylko zawód formalny, ale także humanizm i empatia. Jak pisze Marian Z. Stepulak, *lekarz wykonuje sztukę par excellence moralną, antropocentryczną, humanistyczną*.<sup>24</sup>

Prawdopodobność to druga z kolei predyspozycja moralno-etyczna, która uprawnia zawód lekarza do miana profesji zaufania publicznego. Lekarz, który jest prawdopodobny jest także szczery, autentyczny i otwarty.<sup>25</sup> Prawdopodobność jest określoną dyspozycją psychiczną lekarza jako osoby, a nie typem zachowania. W odniesieniu

---

<sup>23</sup> M.Z. Stepulak, *Psycholog jako zawód zaufania publicznego*, Wydawnictwo Towarzystwa Naukowego KUL, Lublin 2007, s. 101–102.

<sup>24</sup> Tamże, s. 109.

<sup>25</sup> Tamże, s. 111.

do zawodu lekarza prawdomówność oznacza zgodność wygłaszanych informacji ze stanem faktycznym oraz z własnymi przekonaniemami.<sup>26</sup>

Hildebrand pisze, że *poszanowanie prawdy jest podstawą życia społecznego, wnikliwego stosunku człowieka do człowieka i prawdziwej miłości, jest warunkiem każdej pracy zawodowej, rzetelnego rozeznania i samowychowania*.<sup>27</sup> Lekarz zobowiązany jest Kodeksem Zawodowym do mówienia prawdy pacjentowi o jego stanie zdrowia. Lekarz musi ponadto przestrzegać zasad odpowiedzialności zawodowej, dobra osoby pacjenta oraz dobra społecznego. Lekarz nie może absolutnie przedstawiać niezgodnych ze stanem faktycznym informacji na temat własnego wykształcenia, doświadczenia zawodowego, czy kompetencji zawodowych.

Jeśli mowa o prawdomówności lekarza, to warto w tym miejscu podkreślić sytuację zatajenia. Przez zatajenie rozumie się *przemilczenie pewnych faktów wobec kogoś, kto był uprawniony do ich znajomości*.<sup>28</sup> Sytuacja taka może być dopuszczalna jedynie w sytuacji, kiedy pacjent nie jest dostatecznie przygotowany do przyjęcia diagnozy odnośnie własnego stanu zdrowia, czyli wówczas, gdy stan chorego (psychiczny bądź fizyczny) nie jest na tyle stabilny, aby mógł on przyjąć i zaakceptować niepomysłne dla siebie diagnozy medyczne.

Prawdomówność jest szczególną i bardzo cenioną cechą w zawodzie lekarza. Dzięki niej lekarz buduje zaufanie do swojej osoby, a to z kolei stwarza pacjentowi poczucie bezpieczeństwa. Sztuka poszanowania prawdy i informacji odnosi się także do obowiązku lekarza co do zachowania tajemnicy zawodowej. Zdobyć zaufania lekarza przez pacjenta polega na tym, że lekarz staje się osobą wiarygodną i godną powierzenia swoich sekretów i tajemnic.

Diametralnie innym pojęciem co do zatajenia jest oszustwo. Słowo to oznacza *świadome wprowadzenie kogoś w błąd lub wyzyskanie czyjegoś błędu dla własnej korzyści*.<sup>29</sup> W pracy zawodowej lekarza oszustwo odnosi się do przekłamania w wynikach badań, postawionej diagnozie, czy w opisie stanu zdrowia medycznego jednostki. Oszustwo wiąże się także ze stratą dla oszukanego oraz zyskiem dla oszukującego. Takim zyskiem w przypadku lekarza może być na przykład akceptacja społeczna czy dodatkowa gratyfikacja. Oszustwo (kłamstwo) może mieć w zawodzie lekarza trzy oblicza. Są to:

- Kłamstwo jako głoszenie nieprawdy;
- Kłamstwo poprzez przemilczenie prawdy;
- Kłamstwo poprzez zastosowanie manipulacji językowej.<sup>30</sup>

---

<sup>26</sup> Tamże.

<sup>27</sup> D. Hildebrand, W. M.Z. Stepulak, *Psycholog jako zawód zaufania publicznego*, Wydawnictwo Towarzystwa Naukowego KUL, Lublin 2007, s. 112.

<sup>28</sup> M.Z. Stepulak, *Psycholog jako zawód zaufania publicznego*, Wydawnictwo Towarzystwa Naukowego KUL, Lublin 2007, s. 114.

<sup>29</sup> S. Skorupka, H. Anderska, Z. Lempicka, *Mały Słownik Języka Polskiego*, PWN, Warszawa 1989, s. 523.

<sup>30</sup> M.Z. Stepulak, *Psycholog jako zawód zaufania publicznego*, Wydawnictwo Towarzystwa Naukowego KUL, Lublin 2007, s. 117–118.

Każde kłamstwo w zdecydowanej przewadze przypadków bywa szkodliwe, dlatego też tak duża siła tkwi w prawdomówności lekarza. To ona jest wyrazem szacunku wobec pacjenta i jego rodziny (opiekunów), wiąże się z wiernością oraz dotrzymywaniem danego słowa. Prawdomówność lekarza stanowi także o zaufaniu jakim obdarza go pacjent oraz o wysokiej randze jego zawodu.

Kolejny element odpowiedzialny za uznanie zawodu lekarza za zawód zaufania społecznego jest ponoszenie odpowiedzialności za słowo. W pracy zawodowej lekarza istotne jest unikanie zachowań, które noszą znamiona hipokryzji bądź jakiegokolwiek formy zakłamania. Nieszczerość oraz udawanie muszą zostać całkowicie wyeliminowane z dyskursu zawodowego lekarza. Hipokryzją w pracy lekarza może być takie zachowanie, gdy lekarz *maskując rządzę zysku udaje wzniosłą troskę o swoich klientów (pacjentów). Nie chodzi tutaj tylko o zysk materialny, ale przede wszystkim o prestiż i znaczenie społeczne.*<sup>31</sup>

Z tego względu odpowiedzialność za słowo w pracy zawodowej lekarza należy do jednych z najważniejszych kompetencji moralno-etycznych. *Odpowiedzialność oznacza moralny lub prawny obowiązek odpowiadania za swoje słowo i ponoszenia za nie konsekwencji.*<sup>32</sup> *Człowiek nieodpowiedzialny za słowo niewiele sobie robi z tego, czy uczyni swoją obietnicę zdaniem prawdziwym. Jest świadomy faktu wprowadzania kogoś w błąd, bowiem z góry zakłada, że danego słowa nie dotrzyma.*<sup>33</sup> Każdy lekarz podejmując działalność praktyczną powinien mieć świadomość, że jego odpowiedzialność zawodowa jest także odpowiedzialnością za drugiego człowieka – za pacjenta, innych lekarzy, środowisko zawodowe.

Prawdomówność lekarza odnosi się także do informacji, które podaje na swój temat. Jest to przede wszystkim fakt, czy dana osoba posiada pokreślone uprawnienia do używania tytułu „lekarza”. Prawo wykonywania zawodu lekarza, jednostka uzyskuje z chwilą wpisu na listę lekarzy Regionalnej Izby Lekarskiej (po uprzednich studiach oraz stażu zawodowym i pozytywnie zaliczonym Lekarskim Egzaminie Państwowym). Wówczas lekarz posiada pełną zdolność do czynności prawnych i może wykonywać swój zawód w sposób samodzielny. Odpowiedzialność za słowo w tym wymiarze dotyczy uczciwości, co do przedstawiania informacji na temat własnych kompetencji i uprawnień zawodowych.

Odpowiedzialność lekarza za swoje słowo, oznacza również, iż w żadnej sytuacji nie może on posługiwać się jakimikolwiek pewnymi gwarancjami, czy też zachwalać własną profesję i osobistą pracę zawodową. Lekarz również nie powinien wyrażnie rekomendować najlepszego miejsca leczenia (na przykład określonego szpitala czy gabinetu medycznego) oraz nakłaniać do zakupu leków w określonych przez niego placówkach.

<sup>31</sup> Tamże, s. 119.

<sup>32</sup> S. Skorupka, H. Anderska, Z. Lempicka, *Mały Słownik Języka Polskiego*, PWN, Warszawa 1989, s. 490.

<sup>33</sup> M.Z. Stepulak, *Psycholog jako zawód zaufania publicznego*, Wydawnictwo Towarzystwa Naukowego KUL, Lublin 2007, s. 120.

Lekarz zmuszony jest zawsze pamiętać, iż jego etyczno-moralnym oraz zawodowym obowiązkiem jest działanie na rzecz dobra swojego pacjenta i pomaganie mu w każdej sytuacji, niezależnie od zdania osobistego. W taki to właśnie sposób lekarz „zapracowuje” na tytuł profesji zaufania publicznego. Lekarz ma obowiązek zawsze dążyć do tego, aby kontakt z nim był pomocny dla drugiego człowieka oraz z racji wykonywanego zawodu, poczuwać się do udzielania pomocy medycznej zawsze, gdy zachodzi ku tego stosowna potrzeba. Lekarz powinien znać granice swoich kompetencji i wystrzegać się zadań, które wykraczają poza jego umiejętności i wiedzę, celem stworzenia najwyższego poziomu wykonywanej pracy.

Wymóg odpowiedzialności za słowo wymusza na lekarzu także stosowanie się do zasady „nie kradnij”. Chodzi tu nie o rozumienie kradzieży jako zabranie cudzej własności materialnej, ale własności pod postacią poufnych informacji używanych od pacjentów, bądź innowacyjnych metod leczenia autorstwa innej osoby. Lekarz, który w sposób nieuprawniony korzysta z wytworów pracy innej osoby (innego lekarza) nie informując go o tym oraz bez wyraźnej zgody na ów działanie, w sposób nielegalny przywłaszcza czyjąś pracę intelektualną, a tym samym dopuszcza się kradzieży. Przez to staje się osobą nie zasługującą na zaufanie publiczne i zaufanie pacjentów.

Innym jeszcze czynnikiem, który odpowiada za określanie lekarzy zawodem zaufania jest lojalność zawodowa w ich pracy. Przeciwnieństwem lojalności jest donosicielstwo, czyli *czyn, który za pomocą różnych środków podaje komuś do wiadomości coś, co dla względów wewnętrznej czy zewnętrznej natury miało być tajemnicą*.<sup>34</sup> Jednak donosicielstwo nie zawsze można potępić. Jeśli dany lekarz narusza w sposób wyraźny i jednoznaczny dobro pacjentów, konieczne jest zgłoszenie tej sytuacji do jednostek wyższych. Gdy lekarz popełnia błędy w sztuce medycznej i obniża prestiż zawodu lekarza to przyczynia się do powstającej utraty zaufania do całej grupy zawodowej lekarzy oraz do utraty wiarygodności ich pracy i kompetencji. Dlatego też sytuacji takiej należy przeciwdziałać i eliminować zaistniałe nieprawidłowości. Zasada solidarności zawodowej nie może być wówczas respektowana i należy bezzwłocznie poinformować o nieprawidłowościach odpowiednie władze.

Lojalność zawodowa lekarza to wykonywanie zadań pracowniczych w sposób prawy, rzetelny i zgodny z literą prawa. Jako wartość moralna, lojalność przejawia się zwłaszcza w zachowaniu lekarza względem pacjentów oraz swoich współpracowników. Lekarz lojalny to ten, który skrupulatnie wypełnia swoje obowiązki i pozostaje wierny własnym przekonaniom i przyjętym zobowiązaniom. Jak stwierdza Marian Z. Stepulak: *nakaz lojalności odnosi się w szczególny sposób do potrzeby zaufania i związanego z nim poczucia bezpieczeństwa*.<sup>35</sup>

Lojalność lekarza objawia się w tym, że powierzone mu informacje musi zachować tylko i wyłącznie dla siebie, bowiem obowiązuje go zasada tajemnicy zawodo-

<sup>34</sup> M. Ossowska, *Normy moralne. Próba systematyzacji*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2000, s. 123.

<sup>35</sup> M.Z. Stepulak, *Psycholog jako zawód zaufania publicznego*, Wydawnictwo Towarzystwa Naukowego KUL, Lublin 2007, s. 131.

wej. Lojalność jest w tym wymiarze jedną z reguł strzegących zaufanie społeczne do lekarza jako profesjonalisty, fachowca i powiernika. Lojalność oznacza postawę prawości, wierności i rzetelności, lekarz natomiast powinien być orędownikiem tych wartości, dzięki czemu przestrzega standardów lojalności zawodowej.<sup>36</sup>

Zaufanie w relacji interpersonalnej lekarz–pacjent należy do ostatniej kwalifikacji moralno-etycznej i zawodowej, która uprawnia lekarza do miana zawodu zaufania społecznego. Relacja to emocjonalna więź łącząca jednostkę z inną osobą. Terminu tego używa się także w odniesieniu do troszczenia się i dbania o inną osobę. Praca lekarza zakłada ciągły kontakt z drugą osobą, przede wszystkim z pacjentem, ale także ze współpracownikami oraz kierownictwem. Należy pamiętać, iż zaufanie w relacji lekarz–pacjent jest postulatem, a nie normą moralną, ponieważ stanowi fundament jego pracy zawodowej. Lekarz ma obowiązek przestrzegać poufności informacji, które uzyskał od pacjenta. Informacje te mogą być ujawnione wyłącznie za zgodą osoby zainteresowanej bądź też w sytuacjach nadzwyczajnych, kiedy życie, zdrowie i bezpieczeństwo pacjenta są zagrożone.

Zaufanie w relacjach interpersonalnych lekarz–pacjent zakłada nade wszystko umiejętność uszanowania drugiej osoby. Jest to szczególny akt afirmacji człowieka i jego osobistych przekonań oraz wartości oraz ciągle podkreślanie wagi godności osobistej.

Do lekarza przychodzą pacjenci cierpiący, odczuwający ból, nie tylko w wymiarze somatycznym, ale i psychicznym. Sytuacja taka wymaga od lekarza szczególniego zrozumienia, empatii i bliskości z chorym, tak, aby mógł on obdarzyć lekarza pełnią zaufania. Wytworzenie atmosfery zaufania sprzyja bowiem powstaniu więzi między lekarzem, a pacjentem oraz przyczynia się do skuteczniejszego leczenia.

R. Ingarden uważa, że człowiek godny zaufania to ktoś, komu można zaufać, ponieważ potrafi on dochować tajemnicy i wierności, choćby to było niezwykle trudne.<sup>37</sup> Takim człowiekiem, w myśl definicji Ingardena, powinien być lekarz. Człowiek godny zaufania to bowiem nie tylko ktoś, kto sprawnie i rzetelnie wykonuje swoje obowiązki i zadania zawodowe, ale także osoba, która wykazuje określone postawy w sytuacjach trudnych dla pacjenta.

Lekarz, który stosuje się do zasady zaufania zawodowego potrafi zbudować pełne relacje osobowe z pacjentem. Atmosfera poszanowania intymności wpływa na skuteczność podjętej terapii medycznej, a samo leczenie czyni bardziej znośnym dla pacjenta. Etyczność w zawodzie lekarza jest także umiejętnością wchodzenia w relacje osobowe z pacjentem, tak, aby ten czuł się komfortowo i bezpiecznie.

Zawód lekarza traktowany jest jako profesja zaufania publicznego także ze względu na określone warunki, jakie spełnia. Należą do nich kompetencje zawodowe, możliwości zawodowe oraz przejawiane intencje. Do kompetencji zaliczamy zasób teoretycznej wiedzy medycznej oraz umiejętności praktyczne. Możliwości obejmu-

<sup>36</sup> Tamże, s. 132–133.

<sup>37</sup> R. Ingarden, W: M.Z. Stepulak, *Psycholog jako zawód zaufania publicznego*, Wydawnictwo Towarzystwa Naukowego KUL, Lublin 2007, s. 137.



ją fakt, iż lekarz pracuje w placówce wyposażonej w nowoczesny sprzęt medyczny oraz zajmuje wysoką pozycję w hierarchii zawodowej. Natomiast intencje to szczerze i pełne oddania zainteresowanie chorym, chęć udzielania mu pomocy i wsparcia.<sup>38</sup>

Wartym zaznaczenia jest fakt, iż obecnie mamy do czynienia ze zjawiskiem kryzysu zaufania, także w relacjach zawodowych. Brak zaufania prowadzi do poczucia niepewności i zagubienia, a także do pojawiającego się (często nieuzasadnionego) lęku. Aby nie dopuścić do nieufności, lekarz powinien okazać pacjentowi szacunek i szczerze zainteresowanie. Lekarz powinien dokładać wszelkich starań, aby nie zachwiać wiary i zaufania pacjenta względem swojej osoby, powinien być wobec chorego cierpliwy i wnikliwy. Powinien mu także objaśnić postawioną diagnozę oraz starannie wytłumaczyć powody dolegliwości, aby pacjent miał poczucie, iż lekarz go nie lekceważy oraz że jest dla niego kimś ważnym. Medyk powinien także wystrzegać się zachowań autorytarnych, podkreślania własnego autorytetu i wiedzy medycznej. Nie powinien także narzucać choremu postępowania medycznego, ale stworzyć szanse na omówienie z pacjentem zaproponowanej formy terapii. Czynniki te są tak ważne biorąc pod uwagę czasy, w których żyjemy. Obecnie pojawiają się stale nowe sposoby leczenia, niejednokrotnie wymagające współpracy lekarza z pacjentem, a ta możliwość jest jedynie wówczas, gdy w ich wzajemnej relacji istnieje obopólne zaufanie.<sup>39</sup>

Podsumowując, można powiedzieć, iż zawód lekarza jest określany mianem profesji zaufania publicznego właśnie dlatego, iż odznacza się powyższymi zdolnościami etyczno-moralnymi. Te fundamentalne wartości stanowią o umiejętności budowania zaufania społecznego w stosunku do zawodu lekarza oraz o trwałości moralnych i zawodowych norm postępowania lekarza. Zaufanie bowiem jest nie tylko terminem filozoficznym, psychologicznym czy teologicznym, ale także zawodowym i stanowi podstawę każdej relacji zawodowej oraz pozazawodowej.

### 1.3. Rola społeczna

Profesja lekarska w odniesieniu do wykonywanego zawodu rozpatrywana jest na gruncie socjologii w perspektywie teorii ról. Sam termin „rola społeczna” jest niejednoznaczny i różnorodnie definiowany na gruncie nauk społecznych. Niemniej jednak zajmuje kluczowe miejsce w terminologii socjologicznej.

Beata Tobiasz-Adamczyk rolą społeczną nazywa *względnie stały i wewnętrznie spójny system zachowań, przebiegający według mniej lub bardziej wyraźnego wzoru, którego społeczeństwo oczekuje od jednostki zajmującej określoną pozycję społeczną*.<sup>40</sup>

<sup>38</sup> I. Heszen (red.), *Psychologiczne aspekty pracy lekarza z człowiekiem chorym somatycznie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1986, s. 37–38.

<sup>39</sup> K. Gibiński, *Pacjent i lekarz*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe – Oddział w Krakowie, Kraków 1966, s. 9.

<sup>40</sup> B. Tobiasz-Adamczyk, *Relacje lekarz–pacjent w perspektywie socjologii medycyny*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002, s. 19.

Florian Znaniecki, wybitny socjolog, wprowadził na obszar nauk społecznych termin wzór kulturowy i pojęcie to odniósł do terminu roli społecznej. Uważał on, iż rola jest wzorem kulturowym, *wokół którego wszystkie zależności między i ich środowiskiem społecznym są normatywnie zorganizowane*.<sup>41</sup>

Inaczej jeszcze jest w koncepcji R. Lintona. Badacz ten określa rolę społeczną mianem całościowej sieci związanej z określonym statusem. W tym ujęciu rola społeczna jest zbiorem wzorów określonych zachowań, które odpowiadają danej pozycji. Znaczy to, iż każdej pozycji społecznej odpowiada konkretna rola, która to określa sposób, w jaki jednostka wypełnia zobowiązania wynikające z zajmowanego statusu oraz korzysta ze swoich praw i wypełnia powierzone obowiązki.<sup>42</sup>

Wszystkie definicje roli społecznej możemy podzielić na kilka grup, które odnoszą się do innej płaszczyzny badawczej. Są to mianowicie:

- definicje określające rolę jako strukturalnie przypisane normy, wartości i nakazy, które określają pozycję społeczną jednostki;
- definicje określające rolę jako działania indywidualnych członków w odniesieniu do ich związku ze strukturą społeczną, w jakiej funkcjonują. Są to obserwowalne zachowania ludzi;
- definicje określające rolę jako swoistą koncepcję własnego miejsca, położenia w organizacji społecznej;
- definicje określające rolę jako określony wzór, typ zachowania społecznego, który zdaje się jednostce być najbardziej odpowiedni w danej sytuacji;
- definicje określające rolę jako określony zbiór idei i sądów jednostki na temat tego, co powinna myśleć i jak powinna działać w obliczu określonej sytuacji społecznej. Jest to swoisty scenariusz, jaki jednostka uczy się odgrywać w określonych warunkach społecznych.<sup>43</sup>

Socjologiczne pojmowanie roli społecznej określa to pojęcie jako aspekt zewnętrzny wobec jednostki, jako element ukierunkowujący zachowania społeczne jednostki, które odnoszą się do jej pozycji, jaką zajmuje w strukturze społecznej.

Powyższe rozważania dotyczą socjologicznego rozumienia roli społecznej. Jednak pojęcie to zajmuje również ważne miejsce na gruncie naukowym psychologii społecznej. Tutaj również pojęcie roli społecznej jest niejednoznaczne, najczęściej przytaczane definicje tegoż terminu odnoszą się do:

- sumy wymogów odnoszących się do pozycji społecznej;
- sposobu pojmowania przez daną jednostkę wymagań i oczekiwań wynikających z zajmowanej przez nią pozycji społecznej;
- rzeczywistych działań jednostki w odniesieniu do zajmowanej pozycji społecznej.<sup>44</sup>

---

<sup>41</sup> Tamże.

<sup>42</sup> Tamże.

<sup>43</sup> Tamże.

<sup>44</sup> Tamże, s. 20.



Pojęcie roli społecznej w psychologii zostało zapożyczone z nomenklatury teatralnej i odnosi się do działań oczekiwanych od osób, które zajmują określoną pozycję społeczną. *Kiedy podejmujemy nową rolę społeczną, musimy ją grać tak, jak przewiduje scenariusz, nawet jeśli początkowo czujemy się w niej nieswojo. [...] owo pierwsze wrażenie nienaturalności zazwyczaj szybko znika.*<sup>45</sup>

Psycholog społeczny, David Myers, określa rolę społeczną jako zbiór norm, które definiują, jak powinien zachować się człowiek zajmujący określoną pozycję społeczną.<sup>46</sup>

Zgodnie ze stanowiskiem psychologii społecznej swoiste „granie ról” zmienia się w ich rozumienie w momencie, gdy dana rola i wynikające z niej zachowanie staje się czymś naturalnym i prawdziwym dla jednostki, kiedy w nowej roli osoba czuje się dobrze i swobodnie. Towarzyszy temu proces zatarcia się granicy między rzeczywistością, a fikcją i wówczas to rola staje się częścią tożsamości danej jednostki. Jest to zjawisko równie pozytywne, co i niebezpieczne. W miarę jak dana jednostka (aktor społeczny) coraz bardziej wciela się w daną postać i identyfikuje z odgrywaną rolą, przestaje grać, a zaczyna wyrażać samego siebie. Proces ten ułatwia „wchodzenie” w nowe role i umożliwia szybkie przystosowanie się do pełnienia innych funkcji, ale też może przyczyniać się do przenoszenia zadań i obowiązków wykonywanych w miejscu pracy na inne sfery życia. Kiedy jednostka zbyt mocno „zrasta się” z rolą zawodową, to może to powodować problemy z własną tożsamością. Każda osoba decydując się na wybór określonej drogi kariery zawodowej, powinna liczyć się z faktem, iż podejmuje rolę, która będzie formułować jej postawy i zachowania społeczne.

Każda rola społeczna składa się z określonych oczekiwań, które niejako determinują charakter i kształt tej roli. Zaliczyć możemy do nich dwa podstawowe komponenty:

- sformułowane zasady roli, określone jej wymogi;
- niepisane, niesformalizowane zasady zachowań wynikające z danej roli, które pełnią funkcje świadomych, bądź też nieświadomych ram odniesienia, w obszarze których ludzie starają się funkcjonować, aby nie wychylać się ze społeczeństwa.<sup>47</sup>

Te dwie grupy oczekiwań mogą być ze sobą sprzeczne, ale mogą się również uzupełniać i wzajemnie z siebie wynikać. Wszystko zależy od przyjętych norm i wartości odnoszących się do danej roli społecznej.

Zdaniem innego wybitnego socjologa, J.H. Turnera funkcjonowanie jednostki w danym społeczeństwie zakłada a wręcz wymusza zajmowanie określonych pozycji i pełnienie określonych ról. To właśnie wynikające z ról wspólne wartości, nor-

---

<sup>45</sup> D.G. Myers, *Psychologia społeczna*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2003, s. 163.

<sup>46</sup> Tamże.

<sup>47</sup> B. Tobiasz-Adamczyk, *Relacje lekarz–pacjent w perspektywie socjologii medycyny*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002, s. 20.

my i idee spajają społeczeństwo i pełnią funkcje wspólnego odniesienia do danych symboli kulturowych.<sup>48</sup>

Warto również zaznaczyć, iż jednostka funkcjonując w społeczeństwie musi posiadać umiejętność odczytywania zachowań innych ludzi, którzy znajdują się wokół niej. Człowiek jako nadawca, ale też i odbiorca roli, musi nauczyć się jak poprawnie odczytywać zachowania innych ludzi wynikające z pełnionych przez nich ról. Musi także wypracować swój własny styl pełnienia ról, które będzie odgrywać podczas swojego życia oraz zdobyć umiejętność wchodzenia w cudze role. To pozwoli mu sprawniej komunikować się ze swoim otoczeniem oraz poprawnie rozumieć zachowania innych członków społeczeństwa. Dodatkowym czynnikiem, który może się tu okazać pomocny jest wypracowanie koncepcji własnego „ja”.<sup>49</sup>

Zadania te wydają się szczególnie istotne w odniesieniu do pełnionych ról zawodowych, kiedy to nawiązanie odpowiedniej interakcji z innymi ludźmi zdaje się być kwestią kluczową, zwłaszcza w przypadku niektórych zawodów. Niewątpliwie należy do nich zawód lekarza, w przypadku którego od poprawnego odegrania roli zawodowej może zależeć zdrowie bądź życie innego człowieka.

Lekarz jest zawodem, którego przedstawiciele funkcjonują w ramach konkretnych struktur społecznych, które to składają się z określonych pozycji społecznych. Pozycja zawodowa lekarza determinuje z kolei jego współdziałanie i współpracę zarówno z innymi lekarzami, jak i innymi zawodami, takimi jak pielęgniarki, rehabilitanci, laborantki. Zawód lekarza zakłada bowiem funkcjonowanie wewnątrz systemu instytucji medycznych a to wymusza konieczność nieustannego komunikowania się ze środowiskiem zawodowym.

Komunikacja w tym obszarze ma jeszcze inny wymiar i tu także istotny jest charakter odgrywania roli zawodowej. Chodzi tu o nawiązanie relacji lekarza z pacjentem, który przychodzi do niego po pomoc i radę medyczną. Oczywiście dużą wagę odgrywa tu także pełnienie roli chorego przez pacjenta i umiejętności zrozumiałego wyartykułowania swoich potrzeb przez pacjenta.

## 1.4. Rola zawodowa lekarza

Rola zawodowa stanowi specyficzny rodzaj roli społecznej i *jest głównym źródłem dochodów materialnych oraz pozycji społecznej i prestiżu jednostki*.<sup>50</sup> Celem roli zawodowej jest wytworzenie przedmiotu lub usługi w określonej dziedzinie aktywności zawodowej. Wartym podkreślenia jest fakt, iż wybór roli zawodowej jest

<sup>48</sup> J.H. Turner, *Socjologia. Koncepcje i ich zastosowanie*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 1998, s. 20.

<sup>49</sup> B. Tobiasz-Adamczyk, *Relacje lekarz–pacjent w perspektywie socjologii medycyny*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002, s. 20.

<sup>50</sup> A. Boczkowski, E. Makowska-Matuszkiewicz, J. Zawadzka, *Lekarze medycyny pracy – akceptacja roli zawodowej i motywy wyboru specjalizacji*, Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera w Łodzi, W: [http://www.imp.lodz.pl/upload/oficyna/artykuly/pdf/full/2008/6\\_Boczkowski.pdf](http://www.imp.lodz.pl/upload/oficyna/artykuly/pdf/full/2008/6_Boczkowski.pdf) [dostęp: 15.05.2012].

jedną z najważniejszych życiowych decyzji jednostki, ponieważ od tego zależy jej późniejsze życie i satysfakcja zawodowa. Rola społeczna przyczynia się także do budowania obrazu własnej osoby i z tego względu jest tak ważna dla każdej jednostki.

Rola zawodowa lekarza *to względnie stały i wewnętrznie spójny system zachowań będących reakcjami na oczekiwania i działania innych osób związane z problemami zdrowotnymi*.<sup>51</sup> Cechą odróżniającą rolę zawodową lekarza od innych zawodów jest możliwość szeroko pojętej działalności leczniczej, w tym chirurgicznej, profilaktycznej, doradczej i innej. Lekarz w związku ze swoją rolą zawodową, ukierunkowuje medycznie swoje czynności zawodowe.

Warunkiem prawidłowego pełnienia roli lekarza jest teoretyczna wiedza medyczna i umiejętności praktyczne, które umożliwiają prawidłowe wykonywanie zadań zawodowych. Dyspozycje te jednostka nabywa w trakcie procesu kształcenia. Charakteryzują się one wysokim stopniem sformalizowania i odnoszą się do wielu grup społecznych, to jest do pacjentów i podopiecznych lekarzy oraz do ich rodzin i opiekunów, do personelu współpracującego z lekarzem prowadzącym (czyli inni lekarze, pielęgniarki, personel paramedyczny), do ochrony zdrowia jako całej instytucji medycznej.

Funkcjonowanie w roli zawodowej lekarza może być dla jednostki całkowicie bądź częściowo satysfakcjonujące. Może także stać się przyczyną życiowego niezadowolenia i frustracji zawodowej, co prowadzi do obniżonej efektywności pracy w zawodzie. Wówczas poszczególne elementy roli zawodowej mogą być odgrywane przez lekarza bez pełnego zaangażowania. Skutki tego najczęściej odbijają się na pacjentach i jakości świadczonych im usług. Dlatego tak ważne jest, aby rola lekarza była w pełni akceptowana przez osobę, która ją pełni. Lekarz, który utożsamia się z pełnioną przez siebie rolą zawodową oraz akceptuje ją jest lekarzem bardziej oddanym pracy z pacjentami, kimś, dla kogo leczenie i pomoc innym stały się życiową pasją. Akceptacja roli zawodowej to także przyswojenie i zinternalizowanie określonych norm i wartości przypisanych do zawodu oraz świadomość istnienia mechanizmu motywacyjnego, który skłania do podejmowania działań zawodowych. Innymi jeszcze czynnikami wpływającymi na akceptację roli zawodowej oraz poczucie spełnienia zawodowego są korzyści materialne, zainteresowanie wiedzą i umiejętnościami zawodowymi wynikającymi z wybranej drogi kariery zawodowej, umiejętność sprostanania wymaganiom związanym z zajmowanym stanowiskiem pracy zawodowej.<sup>52</sup>

Nieodzownym elementem roli zawodowej lekarza jest rola pacjenta, za sprawą której lekarz zdobywa władzę zawodową. Związek ten ma różne znaczenie w zależności od określonej specjalizacji w obrębie medycyny, którą wybrał dany lekarz. W zdecydowanie większej mierze rola pacjenta wpływa na lekarzy, którzy zajmują się diagnozowaniem i leczeniem. Natomiast ma mniejszy wpływ w sytuacji roli zawodowej lekarza zajmującego się promocją zdrowia, profilaktyką medyczną, poradnictwem, bezpieczeństwem w miejscu pracy.

---

<sup>51</sup> Tamże.

<sup>52</sup> Tamże.

W tym kontekście bardzo ważny wskaźnikiem roli zawodowej lekarza jest wybór specjalizacji medycznej. Jest to drugi etap kształcenia lekarzy, mianowicie kształcenia specjalistyczne (po uprzednim kształceniu ogólnym przygotowującym do pełnienia roli lekarza). Decyzja o tym, którym działem medycyny dana jednostka chciałaby się zająć powinna być podyktowana zainteresowaniami i dostępnością danej specjalizacji, ale także profilem społeczno-demograficznym danej jednostki. Predyspozycje oraz cechy osobowości pełnią tu kluczową rolę. W literaturze spotkać możemy dwie grupy czynników, które wpływają na wybór specjalności medycznej i są to: aspekty psychologiczne oraz aspekty strukturalne. Pierwsze z nich to przede wszystkim zainteresowania jednostki, zdolności osobiste, aspiracje, postawy społeczne, stosunek do rzeczywistości społecznej i zawodowej. Natomiast do drugiej grupy zaliczamy zmienne formalne, czyli dostępność i zapotrzebowanie na lekarzy z określonym typem specjalizacji, zdanie egzaminu kwalifikacyjnego, warunki społeczne, ekonomiczne, zawodowe.<sup>53</sup>

Rola zawodowa lekarza jest zależnością wielowymiarową, ponieważ uwidacznia się na kilku płaszczyznach. Lekarz jest przede wszystkim profesjonalistą w swojej dziedzinie. W tej roli jego zadaniem jest diagnozowanie, czyli stwierdzanie co jest stanem patologicznym organizmu, a co nie. Lekarz jest także kimś, kto leczy, czyli ma prawo wypisywania recept, dokonywania zabiegów, udzielania wskazówek i porad zdrowotnych.<sup>54</sup>

Lekarz w roli zawodowej profesjonalisty jest fachowcem o określonych uprawnieniach prawnych. Cięży na nim odpowiedzialność za zdrowie i życie innych ludzi. Posiada również określoną władzę, która umożliwia mu wykonywanie zawodu. W związku z tą rolą lekarza, do jego obowiązków należy przeprowadzenie rozmowy z pacjentem. Rola ta zakłada również stworzenie formalności stosunków lekarz–pacjent, czyli wytworzeniu sytuacji odpowiedniego dystansu i interakcji bezemocjonalnej, ponieważ profesjonalizm zakłada kierowanie się sztywnymi regułami, a nie uczuciami i osobistymi sympatiami. Fachowość roli lekarza zakłada także precyzność, obojętność zawodową oraz umiejętność kontrolowania własnych emocji. Wytworzenie atmosfery klinicznej to także okazanie swojej powściągliwości, bezosobowości, dystansu interpersonalnego. Choć czynniki te nie zawsze korzystne są dla osoby pacjenta, to jednak należą do elementów roli zawodowej lekarza jako profesjonalisty w dziedzinie medycyny. Niekiedy jednak aspekty te są konieczne i sprzyjają otwartości pacjenta, ponieważ ten zyskuje świadomość, iż lekarz bez zaangażowania emocjonalnego wysłucha trosk i problemów chorego, z dystansem podejdzie do jego sytuacji życiowej, postara się doradzić w trudnej sytuacji. Najważniejsze jest jednak to, aby lekarz umiejętnie ocenił sytuację medyczną i właściwie dobrał do niej określony sposób działania wynikający z jego roli zawodowej. Zrozumienie granicy między dystansem a zaangażowaniem wydaje się niezbędne

---

<sup>53</sup> Tamże.

<sup>54</sup> P.R. Mayerscough, M. Ford, *Jak rozmawiać z pacjentem*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2001, s. 21.

w pracy lekarza. Nie zawsze skuteczny jest ściśle kliniczny sposób działania, bądź też emocjonalne zaangażowanie w uczuciowe aspekty choroby pacjenta.<sup>55</sup>

Druga rola zawodowa lekarza, czyli osoby, która ma prawo, a nawet obowiązek pomagać i leczyć innych ludzi polega na wykonywaniu zadań zawodowych, czyli diagnozowaniu chorób, proponowaniu sposobów ich rozwiązania oraz zapobieganiu przyszłym dolegliwościom. W związku z tą funkcją ciąży na lekarzu ogromna odpowiedzialność za życie i zdrowie innego człowieka. Z tego względu lekarz podlega wielu rodzajom odpowiedzialności, mianowicie: karnej, cywilnej, pracowniczey, zawodowej.<sup>56</sup>

Rola zawodowa lekarza wymaga odpowiedniego przygotowania. W tym kontekście możemy mówić o socjalizacji do roli zawodowej lekarza. O tym też traktować będzie kolejny podrozdział pracy.

### 1.4.1. Socjalizacja do roli zawodowej lekarza

Socjalizacja to jeden z podstawowych terminów na gruncie nauk społecznych. Termin ten jest często wykorzystywany zwłaszcza w socjologii, psychologii oraz antropologii społecznej. W socjologii rozumiany jest on jako *proces, dzięki któremu jednostka wdraża się do sposobu życia swojej grupy i szerszego społeczeństwa przez uczenie się reguł i idei zawartych w kulturze*<sup>57</sup>, jednym słowem staje się pełnowartościowym członkiem zbiorowości społecznej.

Tam rozumiany proces socjalizacji może przebiegać na kilku poziomach wdrażania jednostki do zbiorowości. Są to następujące etapy:

- Poziom najbardziej ogólny (najmniej zaawansowany) – jednostka zdobywa kompetencje i umiejętności niezbędne jej dla społecznej egzystencji i życia wśród innych ludzi. Jest to wymagane minimum kulturowe;
- Niższy poziom – jednostka wchodzi już do konkretnej kultury, co oznacza, iż przyswaja odpowiednie dla niej normy, reguły, idee, wartości i symbole;
- Najniższy poziom (najbardziej zaawansowany) – jednostka opanowuje konkretne role społeczne, które odnoszą się do określonych pozycji społecznych, które to dana jednostka pragnie osiągnąć. Dzięki temu jednostka chce osiągnąć kompetencje niezbędne do akceptacji w określonych grupach społecznych, do których jednostka chce przynależeć.<sup>58</sup>

W powyższych etapach uwidacznia się złożoność zjawiska socjalizacji. Fakt ten potęguje również sytuacja, w której jednostka zmuszona jest do nabywania równocześnie różnych umiejętności i ciągłego przyswajania określonych wzorów zachowań wymaganych ze strony społeczeństwa. Jednostka obejmuje naraz wiele pozy-

<sup>55</sup> Tamże, s. 21–22.

<sup>56</sup> M. Filar, *Rola odpowiedzialności zawodowej lekarzy w systemie prawnym*, W: [http://www.oil.org.pl/xml/nil/wladze/str\\_sad/biuletyn/b2001/b200103](http://www.oil.org.pl/xml/nil/wladze/str_sad/biuletyn/b2001/b200103) [dostęp: 15.05.2012].

<sup>57</sup> P. Sztompka, *Socjologia. Analiza społeczeństwa*, Wyd. Znak, Kraków 2004, s. 416.

<sup>58</sup> Tamże, s. 393.

cji i wchodzi w interakcje z różnymi grupami, w wyniku czego wzrasta złożoność procesu socjalizacji.

Socjalizacja jest efektem wpływów, które wywierają nacisk na jednostkę. Wpływy te mogą mieć charakter zamierzony (czyli wychowanie) oraz niezamierzony (agendy i instytucje, z którymi człowiek ma do czynienia w ciągu całego swojego życia). Ponadto, w toku socjalizacji człowiek kształtuje własną osobowość oraz określa swoją tożsamość.

Podczas socjalizacji człowiek przyswaja normy i wzory zachowań, wartości oraz umiejętności posługiwania się różnymi przedmiotami. Uczenie się tych wszystkich elementów możliwe jest dzięki określonym mechanizmom, wśród których możemy wyróżnić: wzmacnianie (*zachowania „właściwe” zostają nagrodzone i w ten sposób skojarzone z przyjemnością, niepożądane zaś – ukarane i skojarzone z przykrością*), naśladowanie (*widząc jak wokół nas zachowują się inni ludzie, zaczynamy zachowywać się podobnie*), przekaz symboliczny (*człowiek znaczą część wiedzy o tym, co jest dobre, a co złe, i jak należy się zachowywać w różnych sytuacjach, uzyskuje przez pouczenie słowne ze strony innych ludzi, a także dzięki różnym tekstom pisany*).<sup>59</sup>

Socjalizacja rozumiana w powyższy sposób stanowi proces trwający w nieskończoność, to znaczy tak długo, jak długo trwa życie danej jednostki. Człowiek w trakcie tego jak dorasta, musi przyswajać nowe wzory zachowań i dostosowywać swoje zachowanie do warunków otoczenia kulturowego, w którym żyje.

Na gruncie literatury wyróżniane są dwa rodzaje socjalizacji – socjalizacja pierwotna (początkowa) i wtórna. Ta pierwsza stanowi proces, któremu podlega człowiek w czasie dzieciństwa, kiedy to staje się członkiem społeczeństwa. Wówczas to jednostka przyswaja podstawowe zasady i zachowania oraz uczy się ogrywać poszczególne role społeczne. Wówczas także identyfikuje ważne dla niego osoby, które nazywamy znaczącymi innymi. W procesie tym kształtują się charakterystyczne dla danej kultury elementy osobowości podstawowej oraz poszczególne składniki tożsamości społecznej. Proces socjalizacji pierwotnej przebiega w atmosferze emocjonalnej i uczuciowej. Sprzyja to nawiązywaniu się więzi łączącej poszczególnych członków rodziny. Końcowym etapem tej socjalizacji jest pojawianie się w świadomości jednostki uogólnionego innego, czyli swoistego zbioru ogólnospołecznych reguł postępowania. Proces ten jest niezwykle ważny dla jednostki co podkreślają Berger i Luckmann mówiąc, iż *świat zinternalizowany w socjalizacji pierwotnej jest o wiele lepiej zakorzeniony w świadomości jednostki niż światy internalizowane w socjalizacji wtórnej*.<sup>60</sup> Barbara Szacka natomiast twierdzi, iż *w socjalizacji pierwotnej człowiek uczy się abecadła społecznego, dlatego też jest ona najważniejsza w życiu jednostki*.<sup>61</sup>

<sup>59</sup> B. Szacka, *Wprowadzenie do socjologii*, Oficyna Naukowa, Warszawa 2003, s. 138.

<sup>60</sup> P.L. Berger, T. Luckmann, *Społeczne tworzenie rzeczywistości*, PIW, Warszawa 1983, s. 210.

<sup>61</sup> B. Szacka, *Wprowadzenie do socjologii*, Oficyna Naukowa, Warszawa 2003, s. 152.



Socjalizacja wtórna (permanentna) natomiast przebiega u jednostki, która przeszła już proces socjalizacji pierwotnej. Osoba taka posiada abecadło życia społecznego wyniesione z socjalizacji pierwotnej, natomiast na tym etapie, jednostka uczy się w jaki sposób może się posługiwać owym abecadłem. Socjalizacja wtórna wprowadza człowieka w odpowiednie aspekty życia społecznego, aby mógł funkcjonować w grupie społecznej. Dzięki temu możliwe jest nabycie przez jednostkę umiejętności odgrywania poszczególnych ról społecznych. W tej socjalizacji *człowiek ma do czynienia z wieloma światami społecznymi oraz różnorodnymi propozycjami ich interpretacji, wśród których może wybierać. Na jego wybory w znacznym stopniu wpływa wcześniejsza socjalizacja pierwotna, nad którą socjalizacja wtórna jest nadbudowana.*<sup>62</sup> Warto w tym miejscu jednak zaznaczyć, iż socjalizacja wtórna nie stanowi wyłącznie uzupełnienia socjalizacji pierwotnej. Charakteryzuje się zupełnie innymi treściami, które chce przekazać jednostce. Nie mniej jednak odbiór treści socjalizacji wtórnej odbywa się poprzez wartości wyniesione z socjalizacji pierwotnej i każda jednostka stara się, aby jej terażniejszość (socjalizacja wtórna) była zgodna z jej przeszłością (socjalizacja pierwotna). Znaczącą różnicą między socjalizacją pierwotną a wtórną jest to, iż w tej drugiej przeważnie nie ma zabarwienia emocjonalno-uczuciowego. Tu liczy się przede wszystkim rola, a nie osoba i jej tożsamość. Dodatkowo, to sam człowiek może decydować o tym, kto będzie dla niego znaczącym innym, a kto nie. Mankamentem jest jednak to, iż treści nabyte podczas socjalizacji wtórnej są słabiej zinternalizowane i mniej trwałe aniżeli w procesie socjalizacji pierwotnej, która ma charakter emocjonalny.

Socjalizacja do roli zawodowej wchodzi w skład socjalizacji wtórnej i jest *skomplikowanym procesem obejmującym wiele jednostek, grup i instytucji społecznych, będących kanałami, poprzez które społeczeństwo [...] wkracza w proces socjalizacji [...]*.<sup>63</sup> Działanie ze strony społeczeństwa w przypadku wejścia jednostki w rolę lekarza, odbywa się za sprawą takich instytucji jak uczelnia medyczna, zespoły dydaktyczne szkolące przyszłych lekarzy, szpitale, w których odbywają praktyki studenckie przyszli lekarze. Szczególną rolę odgrywa tu uczelnia, jako narzędzie przekazu wiedzy, umiejętności i wartości, które to są niezbędne dla lekarza, aby mógł poprawnie odgrywać swoją rolę zawodową. Jednak należy tu zaznaczyć, iż socjalizacja do roli zawodowej jest w dużej mierze zależna od socjalizacji początkowej, która dokonała się w grupach pierwotnych. Nauka zawodu jako przystosowanie do pełnienia określonej roli zaliczana jest do procesu socjalizacji rozwojowej.

Socjalizacja do roli zawodowej lekarza *oznacza angażowanie możliwości umysłu, wyobrażenia o sobie oraz umiejętności wchodzenia w rolę lekarza po to, aby można było uczestniczyć w układach społecznych, tj. zaspokajać potrzeby zdrowotne innych ludzi.*<sup>64</sup> Rola zawodowa lekarza oznacza umiejętność dostosowania się do sytuacji

---

<sup>62</sup> Tamże, s. 153.

<sup>63</sup> B. Tobiasz-Adamczyk, *Relacje lekarz–pacjent w perspektywie socjologii medycyny*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002, s. 11.

<sup>64</sup> Tamże, s. 12.

w tempie wręcz natychmiastowym oraz wypracowanie własnego, osobistego sposobu pełnienia tejże roli. Lekarz musi wypracować w samym sobie trwałe wyobrażenia o motywach pracy zawodowej oraz znaleźć osobisty sposób na pełnienie wybranej przez siebie roli. Pomaga mu w tym wiedza odnosząca się do norm instytucjonalnych oraz umiejętności wykonywania obowiązków zawodowych. Pierwszy okres kształtowania roli zawodowej może okazać się trudny dla lekarza z uwagi na możliwość zmiany norm nabytych w trakcie socjalizacji początkowej i konieczności wejścia w inne dyskursy kulturowe i normatywne.

Lekarz musi stać się osobą wiarygodną i godną zaufania, to znaczy, że musi być pewny swoich zasad postępowania i czynić pełny użytek z nabytych norm i wiedzy medycznej. Lekarz musi być na wskroś osobą kompetentną. Tylko wówczas będzie autorytetem medycznym i jako taki ma obowiązek spełniać oczekiwania społeczne, udzielać wskazówek zdrowotnych oraz podejmować decyzje i proponować rozwiązania decydujące o postępowaniu medycznym.

Jak pisze Beata Tobiasz-Adamczyk, *socjalizacja do roli zawodowej lekarza oznacza łańcuch interakcji w kontekście społecznym i kulturowym, ukierunkowanych na możliwość pełnienia zawodu lekarza*.<sup>65</sup> Autorka pragnie w ten sposób zaznaczyć, iż socjalizacja lekarza polega na zdobyciu takich umiejętności, które pozwalają na pełne uczestniczenie w różnorodnych interakcjach lekarza na gruncie medycyny. Zdaniem Roberta Merona, zasady te wpaja lekarzowi system studiów medycznych, który przygotowuje go do pełnienia określonych ról oraz przejawiania konkretnych postaw właściwych dla przyszłych czynności zawodowych.<sup>66</sup>

Studia medyczne mają na celu przekazanie nie tylko wiedzy i umiejętności praktycznych, ale również systemu wartości i zasad właściwego dla zawodu lekarza. Celem uczelni medycznych jest przekazanie studentom takich umiejętności analitycznych jak: myślenie i zachowanie zawodowe w pracy lekarza skierowane na podtrzymanie zdrowia, a nie leczenie choroby, myślenie i działanie w szerszym kontekście zawodowym, myślenie i zachowanie w kategoriach efektywnego wykorzystania środków finansowych, myślenie i działanie zespołowe, myślenie i działanie zawodowe w kontekście określonej specjalizacji i jej determinantów kulturowych.<sup>67</sup>

Uczelnie kształcące przyszłych lekarzy przekazują im oczywiście fachową wiedzę teoretyczną oraz szereg umiejętności praktycznych. Ośrodki te kształtują także przyszłe preferencje zawodowe absolwentów i determinują ich późniejszą drogę zawodową. Jednak pełnią także inne funkcje. Do zadań stojących przed uczelniami medycznymi zaliczyć możemy dodatkowo następujące zmienne:

- Ukazanie studentom tego, co w praktyce oznacza wykonywanie pracy lekarza oraz przedstawienie rzeczywistych możliwości współczesnej medycyny, jej zalet oraz słabych stron;

---

<sup>65</sup> Tamże, s. 13.

<sup>66</sup> M. Sokołowska, *Socjologia medycyny*, wyd. PZWL, Warszawa 1986, s. 78.

<sup>67</sup> B. Tobiasz-Adamczyk, *Relacje lekarz–pacjent w perspektywie socjologii medycyny*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002, s. 13.



- Kierowanie procesem identyfikacji studentów z ich przyszłym zawodem i rolą zawodową, co oznacza uczenie studentów postrzegania samego siebie jako lekarza praktykującego w zawodzie.<sup>68</sup>

Według Magdaleny Sokołowskiej *uczelnia medyczna to miejsce, gdzie nie tylko przekazuje się wiedzę, umiejętności, obyczaje, postawy i wartości, ale także ośrodek służący lekarzom do kontroli zachowań ich przyszłych kolegów oraz oceny jakości kształcenia, jakie otrzymują*.<sup>69</sup> Uczelnie medyczne z nowoczesnym programem nauczania powinny przekazywać studentom poza informacjami i kwalifikacjami *stricto* medycznymi, także elementy nieuchwytnie teoretycznie a wynikające z pełnienia roli zawodowej lekarza. Zaliczyć do nich możemy normy o charakterze moralno-etycznym, właściwy sposób komunikacji z pacjentem oraz ze współpracownikami, a także odpowiednią postawę względem pacjenta i jego choroby.

Postawy studentów zmieniają się w trakcie edukacji medycznej. Jednak sposób w jaki uczelnia wyszkoli przyszłych lekarzy zdeterminuje ich późniejszą praktykę zawodową. Socjalizacja ze strony uczelni do roli zawodowe lekarza powinna także przekazać przyszłemu lekarzowi umiejętność obiektywizmu w sytuacji medycznej. Zadaniem lekarza jest obiektywne spojrzenie na pacjenta i jego stan zdrowia oraz zastosowanie owego obiektywizmu do postępowania terapeutycznego. Aby to osiągnąć, lekarz powinien być wyposażony nie tylko w wiedzę teoretyczną, ale także: doświadczenie kliniczne w pracy zawodowej oraz poczucie odpowiedzialności w medycynie.<sup>70</sup>

Uczelnia medyczna jako podstawowa placówka oświatowa w dziedzinie medycyny, powinna wpoić studentom także takie wartości jak: neutralność, uniwersalizm, tolerancja.<sup>71</sup>

Placówki medyczne powinny uczyć młodych lekarzy postrzegania pacjenta w sposób humanistyczny i rozbudzać zainteresowanie pacjentem jako człowiekiem. Podejście polegające na podchodzeniu do pacjenta jako do kolejnego przypadku chorobowego powinno zostać całkowicie wyeliminowane z praktyki życia medycznego. Lekarze powinni być socjalizowani w duchu empatii, zrozumienia i wrażliwości społecznej, tak aby choroba i śmierć nie były dla nich obojętne i nie stanowiły reguły pracy zawodowej.

Zawód lekarza należy do specyficznych profesji i w związku z powyższym charakteryzuje się odrębnymi regułami zawodowymi, które powinny być wpajane studentom podczas ich drogi kształcenia medycznego. W związku z tym, także osoby wybierające zawód lekarza powinny być wyposażone w określone predyspozycje psychiczno-społeczne niezbędne do pełnienia funkcji medycznych. Jest to tak ważne biorąc pod uwagę fakt, iż przedmiotem ich pracy jest życie i zdrowie innych lu-

---

<sup>68</sup> Tamże, s. 14.

<sup>69</sup> M. Sokołowska, *Socjologia medycyny*, wyd. PZWL, Warszawa 1986, s. 73.

<sup>70</sup> B. Tobiasz-Adamczyk, *Relacje lekarz–pacjent w perspektywie socjologii medycyny*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002, s. 14.

<sup>71</sup> Tamże.

dzi. Z podejściem lekarzy do pracy zawodowej związane są motywy jakie skłoniły ich do wyboru studiów medycznych i przyszłej pracy. Motywy te determinują późniejsze podejście lekarza do osoby pacjenta oraz do sposobu i jakości leczenia. Do motywów tych zaliczyć można: wewnętrzne przekonanie i poczucie powołania do pełnienia roli lekarza, predyspozycje rodzinne, czyli dziedziczenie zawodu lekarza z pokolenia na pokolenie oraz podejście instrumentalne, określające zawód lekarza jako pracę przynoszącą określone korzyści.<sup>72</sup>

Studia medyczne mają także na celu wpojenie studentom, iż lekarz jako osoba upoważniona ma obowiązek udzielenia pomocy medycznej każdej osobie poszkodowanej oraz iż powinien zawsze i wszędzie, niezależnie od okoliczności, przedkładać interes pacjenta nad inne wartości.<sup>73</sup> Zadanie to stojące przed osobą lekarza, stanowi swoistą normę postępowania etycznego w zawodzie. Normie tej podporządkowane są cele i zadania lekarza oraz konsekwencje jego decyzji. Praca zawodowa lekarza obfituje również w wiele norm prawnych, które regulują jego praktykę zawodową i działanie medyczne. Jednak zawód lekarza charakteryzuje się również występowaniem szeregu norm i zasad zawodowych, które pomimo braku usankcjonowania formalno-prawnego, mają moc obowiązującą w pracy zawodowej. Wszystkie te normy i zasady pełnią tak ważną rolę z uwagi na fakt, iż lekarz jest przedstawicielem zawodu zaufania publicznego i w związku z tym jego działanie powinno być przemyślane i dawać pomyślne rezultaty dla osoby pacjenta. Na lekarza ciąży obowiązek dostosowania się do tych norm, między innymi ze względu na to, iż ma on nieograniczony dostęp do wielu środków, które są pomocne, ale użyte w niewłaściwy sposób, mogą okazać się śmiertelne.

Uczelnie medyczne mają także swój wkład w kształtowanie postaw zawodowych przyszłych lekarzy. Są to zarówno postawy ogóle względem medycyny, jak i postawy szczegółowe, związane z konkretnymi specjalnościami w obrębie medycyny. To zróżnicowanie postaw możemy przedstawić jako postawy lekarzy wobec choroby, wobec wiedzy medycznej, wobec pacjentów, wobec współpracowników, wobec możliwości rozwoju zawodowego, wobec instytucji medycznych, wobec wyboru medycyny jako zawodu oraz określonej specjalizacji w obrębie medycyny, wobec systemu nauczania medycyny i programu dydaktycznego oferowanego przez uczelnie wyższe.<sup>74</sup>

Praktyka medyczna ukazuje złożoność zawodu lekarza. Objawia się to także w kontakcie z pacjentem. Podczas interakcji z chorym, lekarz powinien wykorzystywać swoje umiejętności medyczne oraz te dodatkowe, czyli komunikacyjne, socjologiczne, psychologiczne, etyczno-moralne czy prawne. Tego także powinien uczyć się podczas studiów, ponieważ czynniki te stanowią ważny element socjalizacji do zawodu lekarza. Czynniki te nabierają szczególnego znaczenia biorąc pod

---

<sup>72</sup> Tamże, s. 15.

<sup>73</sup> M. Sokołowska, *Granice medycyny*, wyd. Wiedza Powszechna, Warszawa 1980, s. 49.

<sup>74</sup> B. Tobiasz-Adamczyk, *Relacje lekarz–pacjent w perspektywie socjologii medycyny*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002, s. 15–16.

uwagę fakt, iż lekarzom stawiane są bardzo wysokie wymagania, nie tylko *stricte* medyczne. Ludzie chorzy oczekują nie tylko wyleczenia, ale także wsparcia i dodania otuchy. Nierzadko także pokłada się w osobie lekarza nadzieje niemające rzeczywistego przełożenia praktycznego. Jak zaznacza Schwarzwald, *przedmiotem działania lekarza jest żywy człowiek stanowiący niezwykle skomplikowany organizm ludzki, kryjący w sobie jeszcze ciągle mnogość niezgłębionych niewiadomych, często nieobliczalny w swych indywidualnych reakcjach i niepowtarzalny*.<sup>75</sup>

Z tej perspektywy niezwykle ważne okazuje się nastawienie lekarza do osoby pacjenta i sposób jego myślenia. Chodzi tu przede wszystkim o analizę i postępowanie ukierunkowane na jakość życia pacjenta oraz promocję zdrowia. Kształtowanie zachowań prozdrowotnych to także jeden z elementów pracy lekarzy, do czego powinni być socjalizowani w drodze nabywania wiedzy i umiejętności medycznych. Medycyna bowiem to nie tylko leczenie choroby, ale również edukacja zdrowotna i profilaktyka zmierzająca do zmiany stylu życia. W wyniku tej perspektywy zakres obowiązków lekarza ulega rozszerzeniu. Jego zadaniem zawodowym jest nie tylko pomoc fizyczna, ale także psychiczna. Przywrócenie pacjentowi spokoju oraz poczucia dobrostanu w wymiarze psychospołecznym, troska lekarza o zdrowe oraz godne życie, edukacja prozdrowotna, to także obowiązki lekarza jako przedstawiciela zawodu zaufania publicznego. Dlatego też uczelnie medyczne starają się edukować studentów w taki sposób, aby ten potrafił patrzeć na chorobę i pacjenta w sposób wieloaspektowy, to znaczy medyczny, psychologiczny, społeczny. Tego typu socjalizacja przyczynia się do lepszego i bardziej korzystnego dla pacjenta sposobu leczenia. Jest to niezbędny paradygmat współczesnej medycyny.

Uczelnie i placówki medyczne winny także socjalizować przyszłych lekarzy pod kątem przezwyciężenia własnych słabości i oporów, które właściwe są dla każdego człowieka. Student medycyny powinien być świadom możliwości pojawienia się u niego niekorzystnych objawów związanych z własną pracą. Należą do nich stres, przemęczenie, obciążenie psychiczne, złe samopoczucie, słabość wewnętrzna, poczucie bezsilności. Dodatkowo przy tych wszystkich dolegliwościach nadal musi pozostać kompetentny i okazywać choremu swój życzliwy stosunek, ponieważ tylko to pozwoli pacjentowi pokonać chorobę. Od postawy lekarza w dużej mierze zależy postawa chorego do własnego zdrowia, choroby, leczenia, a nawet śmierci.

W procesie socjalizacji do roli zawodowej lekarza ścierają się ze sobą różne modele pełnienia zawodowych obowiązków. Uczelnie medyczne za pośrednictwem nauczycieli akademickich oraz lekarzy klinicystów przekazują studentom kryteria oceny własnej sytuacji oraz stanowią źródło norm i wartości zawodowych w odniesieniu do profesji lekarza. Innymi słowy, stanowią dla osoby studenta grupę odniesienia normatywnego.<sup>76</sup> Inny jest natomiast model lekarza zakorzeniony w świado-

<sup>75</sup> S. Schwarzwald, O zawodzie lekarza, „Przegląd Literacki” 1973, nr 5, s. 417–423.

<sup>76</sup> B. Tobiasz-Adamczyk, *Relacje lekarz–pacjent w perspektywie socjologii medycyny*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002, s. 17.

mości samych studentów medycyny. Jeszcze inna jest z kolei praktyka zawodowa i praca wśród pacjentów na stanowisku lekarza. Konfrontacja tych modeli następuje w momencie ukończenia studiów i podjęcia pracy zawodowej w instytucji medycznej. Wówczas to młody lekarz ma szansę przekonać się czy socjalizacja nabyta podczas studiów jest pomocna w rzeczywistym zawodzie oraz czy jego wyobrażenie o pracy lekarza z czasów studiów jest spójne z pełnioną praktycznie rolą zawodową. Dopiero w tym momencie socjalizacja osiąga swój cel i dokonuje się sprawdzenie jej efektywności.

### 1.4.2. Proces tworzenia roli zawodowej lekarza

Jak sam tytuł wskazuje, role społeczne nie są odgórnie przydzielone i dane raz na zawsze, ale ulegają modyfikacji na skutek kontaktu z innymi osobami. Interakcje społeczne ze środowiskiem rodzinnym, zawodowym, koleżeńskim wpływają na proces tworzenia roli i modelują jej późniejsze odtwarzanie.

W procesie tworzenia roli doniosłą rolę odgrywają osoby znaczące oraz grupy odniesienia. To właśnie te osoby i grupy tworzą owe odniesienie porównawcze, normatywne i oceniające wobec zachowań jednostki, która odgrywa daną rolę.

W przypadku roli zawodowej lekarza funkcję oceniającą i normatywną pełnią instytucje kontroli społecznej w postaci placówek medycznych. Rola zawodowa lekarza jest kształtowana poprzez wymagania formalne instytucji, w których dana jednostka podjęła pracę zawodową. Szpital jako przykład instytucji medycznej, może znacząco wpływać na kształtowanie norm i wartości kulturowych lekarza oraz jego stosunku do zdrowia i choroby. Proces ten może przebiegać także w inną stronę. Mianowicie także lekarz i jego zachowanie mogą modyfikować działania innych ludzi, tj. pacjentów.

Zgodnie z koncepcją zaproponowaną przez Irenę Machaj, proces tworzenia roli przebiega w sposób hierarchiczny i uwzględnia kilka etapów. Kolejno możemy zatem wyróżnić: przystosowanie do pełnienia roli, manipulacja rolą, negocjacja roli, kreacja roli.<sup>77</sup>

Powyższe aspekty w opinii M. Łoś pozwolą na zrozumienie zachowań ludzi, którzy przyjmują te same role społeczne i zawodowe. Te etapy możemy także odnieść do zawodu lekarza, ponieważ jego rola zawodowa opiera się na określonej hierarchii norm i wartości, które są kolejno internalizowane, w wyniku czego rola zawodowa ulega stopniowemu doskonaleniu. Pozycja zawodowa lekarza charakteryzuje się dynamiką i elastycznością, podobnie jak inne pozycje i role zawodowe.

Przy analizowaniu roli zawodowej lekarza użyteczna może okazać się także koncepcja aktora społecznego. Pojęciem tym określamy zarówno pojedyncze jednostki i grupy, ale też całe społeczeństwa. Duży wkład w rozpropagowanie tego pojęcia na gruncie socjologii miał Erving Goffman, który patrzył na rzeczywistość społeczną

---

<sup>77</sup> I. Machaj (red.), *Małe struktury społeczne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 1998, s. 28.

poprzez odniesienie dramaturgiczne. Zdanie tego badacza, każde działanie jednostek czy grup można traktować jako swoiste przedstawienie, które posiada główny wątek, czyli scenę oraz to co dzieje się z boku, czyli kulisy. Same jednostki działania są natomiast określane mianem aktorów.

Ten schemat działania możemy również odnieść do pracy lekarza, kiedy to jego działania mogą być inne w przypadku odgrywania roli na scenie, a inne, gdy znajduje się za kulisami. Wówczas, gdy lekarz znajduje się na scenie (czyli w swoim miejscu pracy, na ogół w obecności pacjentów lub współpracowników) posługuje się formalnym i normatywnym scenariuszem działania, natomiast za kulisami (w życiu prywatnym, rodzinnym) kieruje się częściej swoimi wewnętrznymi i osobistymi przekonaniem.

Wśród cech charakteryzujących aktora społecznego wyróżnić możemy następujące parametry określające:

- zdolność samodzielnego podejmowania wyzwań;
- zdolność do samodzielnego wyboru i samodzielnego decydowania;
- zdolność oceniania zdarzeń;
- zdolność komunikacji z innymi aktorami (podmiotami interakcji);
- zdolność oddziaływania i wpływania na innych aktorów (podmiotów zdarzeń);
- zdolność przewidywania zdarzeń i zachowań innych aktorów (podmiotów);
- posiadanie określonych zasad działania oraz wewnętrznych wartości i idei;
- zdolność wnioskowania o cechach i wartościach innych aktorów (podmiotów);
- zdolność podejmowania zobowiązań;
- dążenie do osiągnięcia wyznaczonych sobie celów i priorytetów;
- posiadanie środków głównych oraz alternatywnych służących do osiągnięcia wyznaczonych celów i wartości;
- posiadanie dostępu do warunków sytuacyjnych i środowiskowych, które mogą wpływać na wybór środków realizacji wyznaczonych celów.<sup>78</sup>

Aktor społeczny posługuje się powyższymi cechami, aby móc działać i pełnić wyznaczoną rolę. Jego działanie określone jest natomiast przez trzy elementy:

- *sterowanie wrażeniami – proces, w którym jednostka sama przyjmuje tożsamość lub nadaje tożsamość innym;*
- *jaźń – tożsamość jaką przyjmuje jednostka, starając się uzyskać na nią zgodę innych;*
- *narzucanie roli partnerowi – przypisanie innej osobie [...] określonej tożsamości ograniczającej jej zachowanie.*<sup>79</sup>

Kiedy dana jednostka ma wyznaczoną rolę i podejmuje zachowania zmierzające do jej pełnienia, nie oznacza to jeszcze, iż jest ona silnie przywiązana i głęboko przekonana co do powierzonej jej roli, jaką ma odegrać. Aby mógł nastąpić proces scalenia jednostki z jej rolą, niezbędne jest wytworzenie się trwałej harmo-

<sup>78</sup> J. Szmatka, *Aktor*, W: *Encyklopedia socjologii*, Oficyna Naukowa, Warszawa 1998, T. 1, s. 15–17.

<sup>79</sup> B. Tobiasz-Adamczyk, *Relacje lekarz–pacjent w perspektywie socjologii medycyny*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002, s. 21.

nii pomiędzy poszczególnymi elementami roli. Kluczowe znaczenie mają tu takie czynniki jak: strukturalne nakazy i roszczenia roli i wobec roli, dyspozycje i uwarunkowania psychiczne roli, cechy osobowości danej jednostki, własna wizja pełnionej roli.<sup>80</sup>

Jeśli zostaną spełnione wszystkie powyższe warunki i nastąpi trwała harmonia między poszczególnymi komponentami roli, to wówczas dopiero możemy mówić, iż rola jaką jednostka odgrywa wyraża nią samą i jej wewnętrzną postawę.

Pełnienie roli zależy jeszcze od dodatkowych zmiennych, które są rozpatrywane w sposób indywidualny w przypadku każdej jednostki analizy. Zaliczamy do nich następujące parametry: uwarunkowania biologiczno- fizyczne, uwarunkowania psychiczne i osobowościowe, stopień identyfikacji z pełnioną rolą, środowisko pełnienia roli, stopień identyfikacji ze środowiskiem pełnienia roli, system kontroli społecznej, który określa sposób i styl pełnienia roli.<sup>81</sup>

W przypadku zawodu lekarza, podstawą pełnionej przez niego roli jest wybór zawodu, profesji. Ta z kolei stanowi zbiór konkretnych umiejętności, wiedzy i kompetencji, które stanowią dla lekarza źródło satysfakcji zawodowej oraz dochodu finansowego. *Profesjonalizacja zawodu lekarza oznacza, że konkretny zespół umiejętności i czynności został społecznie określony i zdefiniowany jako zawód, wraz z wyznaczeniem wymaganego zakresu wiedzy, który obejmuje kompetencje danej profesji.*<sup>82</sup>

### 1.4.3. Uwarunkowania roli zawodowej lekarza

Rola zawodowa lekarza, tak jak i inne role zawodowe i społeczne, jest określona poprzez szereg uwarunkowań, które wpływają na jej późniejszy kształt. Z uwarunkowań tych wynika także sposób pełnienia danej roli i zachowania jej przypisane. W odniesieniu do roli lekarza, możemy mówić o trzech rodzajach uwarunkowań roli zawodowej:

- uwarunkowania odnoszące się do oczekiwań wyznaczonych przez prawa i obowiązki zawodowe lekarzy oraz przyjmowane przez nich wzory kulturowe, które są zależne od określonej sytuacji społecznej w miejscu pracy;
- uwarunkowania określające pozycję społeczną, czyli miejsce jakie zajmuje lekarz w systemie stosunków i relacji społecznych;
- uwarunkowania określające zachowania zawodowe lekarzy, czyli wszelkie działania związane z nawiązywaniem relacji z pacjentami oraz innymi lekarzami i grupami zawodowymi.<sup>83</sup>

<sup>80</sup> J. Szmatka, *Aktor*, W: *Encyklopedia socjologii*, Oficyna Naukowa, Warszawa 1998, T. 1, s. 15–17.

<sup>81</sup> B. Tobiasz-Adamczyk, *Relacje lekarz–pacjent w perspektywie socjologii medycyny*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002, s. 21.

<sup>82</sup> Tamże, s. 22.

<sup>83</sup> Tamże.

Rola zawodowa lekarza posiada dwa wymiary, które muszą być ze sobą kompatybilnie powiązane, aby pełniona rola była kompletna i spójna. Są to wymiary społeczne i psychologiczne.<sup>84</sup>

Pierwszy odnosi się do stworzenia społecznej definicji tego, czym dana rola jest dla jego wykonawcy oraz jakie są oczekiwania wobec osób pełniących daną rolę. Drugi natomiast, wymiar psychologiczny, bierze pod uwagę stronę psychiczną i strukturę osobowości danej jednostki oraz określa indywidualną percepcję roli.

Rola zawodowa lekarza posiada dodatkowo jeszcze wymiar normatywny, który określa wzory postępowania zawodowego w miejscu pracy. Wymiar ten bierze pod uwagę czynniki osobistych oczekiwań odbiorcy roli zawodowej oraz oczekiwania osób – odbiorców zachowań roli, tj. pacjentów.

---

<sup>84</sup> Tamże.



## 2. Postawy lekarzy wobec pracy zawodowej<sup>1</sup>

Rozdział ten ma na celu przedstawienie i omówienie pojęcia postawy społecznej oraz postawy zawodowej w odniesieniu do profesji lekarzy, jak również ukazanie czynników, które wpływają na kształtowanie oraz zmianę tychże postaw. Zostały tu także omówione aspekty, które przyczyniają się do powstania określonych postaw zawodowych wśród lekarzy, tj. stres zawodowy, satysfakcja z pracy, stosunki międzypracownicze, warunki i miejsce pracy oraz uwarunkowania relacji na linii lekarz–pacjent.

### 2.1. Postawa społeczna

Pojęcie „postawa” należy do terminów często podejmowanych na gruncie literatury fachowej, zarówno w socjologii, jak i psychologii. Pojęcie to jest także wykorzystywane w języku potocznym i mowie codziennej, dzięki czemu stanowi termin powszechnie znany dla większości ludzi.

Sformułowanie „postawa” zostało wprowadzone do języka nauk społecznych za sprawą dwóch badaczy. Byli to Florian Znaniecki i William I. Thomas. Badacze ci, po raz pierwszy posłużyli się terminem „postawa” w książce *Chłop polski w Europie i Ameryce*. Pojęcie to definiowali podówczas jako *proces indywidualnej świadomości, determinujący zarówno aktualne, jak i potencjalne reakcje człowieka wobec świata społecznego*.<sup>2</sup> Dzięki Znanieckiemu i Thomasowi zainteresowanie problematyką postaw wzrastało na gruncie nauk społecznych. Nastąpił rozwój różnorodnych koncepcji, typologii i technik badania postaw społecznych.

Wraz z upływem czasu, nastąpiła ogromna mnogość definicji pojęcia „postawy”. Termin ten stał się niejednoznaczny i sytuacja ta utrzymuje się do dzisiaj. Pomimo

---

<sup>1</sup> Rozdział na podstawie niepublikowanej pracy magisterskiej pt. *Lekarz – zawód, czy powołanie? Postawy lekarzy wobec pracy. Analiza socjologiczna na przykładzie personelu medycznego wybranych szpitali*, obronionej przez autorkę w 2012 r. w Instytucie Socjologii Uniwersytetu Śląskiego (promotor prof. zw. dr hab. K. Wódz).

<sup>2</sup> Z. Bokszański (kom. red.), A. Kojder (red. nauk.), *Encyklopedia socjologii*, Oficyna Naukowa, Warszawa 1998, T. 3, s. 151.



wielu elementów różniących, są także wspólne cechy definicji postawy. Zaliczyć do nich możemy bezwzględnie:

- fakt tego, iż postawa jest czymś, co wiąże się z *afektywną oceną (pozytywną bądź negatywną) różnego typu obiektów* [...];
- fakt tego, iż postawa ma emocjonalny stosunek oraz wykazuje się trwałością;
- fakt tego, iż postawa jest zawsze stosunkiem wobec czegoś/ kogoś;
- fakt tego, iż postawa jest nabywana, kształtowana oraz modyfikowana w wyniku procesu uczenia się.<sup>3</sup>

Do pionierów koncepcji postawy zaliczyć możemy także Herberta Spencera, który to pojęcie postawy odnosił do stanu umysłu. Badacz ten uważał ponadto, iż postawa to *swoisty stan koncentracji, gotowości do uważnego słuchania i uczenia się w dyskusji z innymi osobami*.<sup>4</sup>

Pod koniec lat dwudziestych ubiegłego wieku rozpoczął się proces zainteresowania badaniem postaw. W tym zakresie pionierami byli E. Bogardus oraz L. Thurstone, którzy opracowali teoretyczną konstrukcję, służącą do ilościowego badania i pomiaru postaw. Wówczas jednak badacze ci nie potrafili wskazać jeszcze na określone wskaźniki postaw. Dokonał tego natomiast M.B. Smith, który wyróżnił i opisał trzy składniki postaw. Pomimo, iż jego analiza teoretyczna została dokonana w 1947 roku, to jest aktualna po dziś dzień, a współcześni badacze postaw wykorzystują ją w swoich opracowaniach. Do wspomnianych składników postaw społecznych możemy zaliczyć zatem:

- składnik afektywny (emocjonalny) – *stosunek emocjonalny do przedmiotu postawy*;
- składnik poznawczy – *sposób myślenia o przedmiocie postawy*;
- składnik behawioralny – *chęć określonego zachowania wobec przedmiotu postawy*.<sup>5</sup>

Wśród polskich badaczy postaw na szczególną uwagę zasługuje S. Nowak, który wiele lat badań poświęcił właśnie problematyce postaw. Jego zdaniem *postawą pewnego człowieka wobec pewnego przedmiotu jest ogół względnie trwałych dyspozycji do oceniania tego przedmiotu i emocjonalnego nań reagowania oraz ewentualnie towarzyszących tym emocjonalno-oceniającym dyspozycjom względnie trwałych dyspozycji do zachowania się wobec tego przedmiotu*.<sup>6</sup>

S. Mika, psycholog społeczny, jest w swoim stanowisku zbliżony do S. Nowaka. Przez pojęcie postawy rozumie on *względnie trwałą strukturę [...] procesów poznawczych, emocjonalnych i tendencję do zachowań, w których wyraża się określony stosunek wobec danego przedmiotu*.<sup>7</sup> Ponadto, S. Mika jest zdania, iż jednostka zawsze przejawia określoną postawę, która to ma określony przedmiot. Psycholog dużą rolę przywiązuje do przekonań, które pełnią rolę oceniającą oraz każą jedno-

<sup>3</sup> Tamże, s. 152.

<sup>4</sup> J. Borkowski, *Socjologia i psychologia społeczna. Zarys wykładu*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistycznej im. Aleksandra Gieysztora w Pułtusk, Pułtusk 2003, s. 226.

<sup>5</sup> Tamże.

<sup>6</sup> S. Nowak, *Teorie postaw*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1973, s. 17.

<sup>7</sup> S. Mika, *Psychologia społeczna*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1984, s. 116.

stce w określony sposób patrzeć na daną sytuację, bądź zdarzenie. Jego zdaniem postawy mają cechy uniwersalne i są z gołą mało zróżnicowane w odniesieniu do różnych jednostek.

Można zaryzykować twierdzeniem, iż ilu autorów, tyle definicji pojęcia postawy. Termin ten jest niezwykle szeroko i różnorodnie rozumiany w zależności od przyjętej orientacji badawczej. Generalnie można jednak stwierdzić, iż postawa jest *efektywnym sposobem szacowania otaczającego nas świata*.<sup>8</sup>

Jeden ze współautorów książki *Psychologia...*, B. Wojcieszke, pisze na jego łamach, że *postawa wobec dowolnego przedmiotu, zdarzenia, idei, innej osoby to względnie stała skłonność do pozytywnego lub negatywnego ustosunkowania się człowieka wobec tych obiektów*.<sup>9</sup> Teoretyk ten wymienia również źródła postaw:

- *nabywanie przekonań na temat właściwości przedmiotu postawy [...];*
- *przeżycia emocjonalne związane z określonym przedmiotem postawy [...];*
- *własne zachowania skierowane na przedmiot postawy;*
- *przyjmowanie mniej lub bardziej gotowych postaw od innych ludzi [...]*.<sup>10</sup>

Reasumując powyższe definicje, można stwierdzić za J. Borkowskim, iż *postawa to tendencja do pozytywnego lub negatywnego zachowania wobec różnych obiektów*.<sup>11</sup> Postawy to takie własności, które mają moc ukierunkowania, wzmocnienia bądź redukcji określonych działań i zachowań jednostek i grup społecznych. Jak w bezpośredni sposób zauważa R.J. Gerrin i P.G. Zimbardo, *wielu swoich postaw sobie nie uświadamiasz, możesz nie zdawać sobie sprawy z tego, że masz pewne postawy. Postawy są ważne, ponieważ wpływają na twoje zachowanie oraz na to, jak konstruujesz rzeczywistość społeczną*.<sup>12</sup>

Postawy to także własności, które mają swoje określone przedmioty. Zaliczyć do nich możemy:

- ludzi;
- osobną jednostkę;
- idee;
- wydarzenia;
- przedmioty fizyczne;
- inne przedmioty.<sup>13</sup>

Natomiast do wymiarów postaw zaliczamy:

- znak postawy;

---

<sup>8</sup> D.G. Myers, *Psychologia społeczna*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2003, s. 152.

<sup>9</sup> J. Strelau (red.), *Psychologia: podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000, s. 79.

<sup>10</sup> Tamże, s. 80–84.

<sup>11</sup> J. Borkowski, *Socjologia i psychologia społeczna. Zarys wykładu*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistycznej im. Aleksandra Gieysztora w Pułtusk, Pułtusk 2003, s. 227.

<sup>12</sup> R.J. Gerrin, P.G. Zimbardo, *Psychologia i życie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006, s. 540.

<sup>13</sup> J. Borkowski, *Socjologia i psychologia społeczna. Zarys wykładu*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistycznej im. Aleksandra Gieysztora w Pułtusk, Pułtusk 2003, s. 228.

- siła postawy;
- treść przedmiotowa postawy;
- zakres postawy;
- złożoność postawy;
- zwartość postawy;
- stopień powiązania określonej postawy z innymi postawami;
- trwałość postawy.<sup>14</sup>

Powyższe własności stanowią element pomiarowy postaw oraz stanowią zewnętrzne przejawy postaw, które badacz może obserwować, a następnie rejestrować i analizować. W odniesieniu do zawodu lekarza można zauważyć tu określoną prawidłowość. Jeśli dana jednostka dokonała właściwego dla siebie wyboru drogi zawodowej, decydując się na studia medyczne, to chętnie wykonuje swoje powinności i obowiązki zawodowe. Również kontakt z pacjentami w ten sposób zmotywowanego lekarza jest poprawny. Lekarz, dla którego medycyna jest prawdziwą życiową pasją chętnie podejmuje wysiłek codziennego trudu w służbie zdrowiu i życiu pacjenta. Wówczas twierdzimy, że jego znak postawy jest pozytywny. Gdyby lekarz nie przejawiał ochoty do pracy ani zainteresowania pacjentami, świadczyłoby to o negatywnym odcieniu jego postawy zawodowej. Jednak także wśród lekarzy mających pozytywny stosunek do pracy w zawodzie, są tacy, których cechuje duże nasilenie zaangażowania w pracę z chorymi oraz tacy, którzy tylko częściowo poddają się powinnościom zawodowym. Istotnym warunkiem determinującym efekty pracy zawodowej lekarza jest poziom dojrzałości przede wszystkim składnika poznawczego postawy, ale także emocjonalnego i behawioralnego. Wszystkie one razem mają wpływ na efektywność pracy zawodowej lekarza.

W literaturze spotkać możemy bardzo wiele różnych typologii postaw. Za J. Borkowskim podzielić je możemy na następujące:

- *postawy pozytywne, neutralne i negatywne;*
- *postawy silne i słabe;*
- *postawy jednoprzeciotowe i wieloprzeciotowe;*
- *postawy polityczne, ekonomiczne, artystyczne, moralne, itp.;*
- *postawy społeczne [...];*
- *postawy zwarte, mało spójne i niespójne;*
- *postawy trwałe, ewoluujące i nietrwałe;*
- *postawy izolowane od innych postaw oraz postawy powiązane z innymi postawami.*<sup>15</sup>

Postawy możemy również podzielić ze względu na obiekt, którego owa postawa dotyczy. W związku z powyższym, możemy rozróżnić następujący podział postaw:

- postawa wobec czegoś lub kogoś;
- jakaś postawa;

---

<sup>14</sup> Tamże.

<sup>15</sup> Tamże, s. 229.

- postawa wobec sytuacji;
- postawa jako tendencja do reagowania na.<sup>16</sup>

W literaturze spotkać możemy również klasyfikację S. Nowaka, który podejmuje podział postaw ze względu na elementy, z jakich się składają. Wyróżnia on cztery typy w tym zakresie:

- postawy asocjatywno-afektywne: postawy składające się z nastawień emocjonalno-oceniających;
- postawy poznawcze: postawy składające się z nastawień emocjonalno-oceniających oraz z aspektu poznawczego;
- postawy behawioralne: postawy składające się z nastawień emocjonalnych oraz skryzalizowanego programu działania;
- postawy poznawczo-behawioralne (pełne): postawy, które obejmują komponent afektywny, poznawczy oraz behawioralny.<sup>17</sup>

Potocznie sądzi się, iż zachodzi głęboki związek między odczuwaną postawą, a okazywanym zachowaniem. Liczne badania w tym zakresie pokazały jednak, iż pogląd ten nie jest do końca jednoznaczny. Obecnie przyjmuje się, iż zachodzi związek między postawą, a działaniem, jednak nie jest on całkowicie bezpośredni. Związek ten jest znacznie bardziej wyrazisty wówczas, gdy mamy do czynienia z powiązaniem między daną postawą, a bardziej złożonym wskaźnikiem behawioralnym, a niżeli w sytuacji pojedynczego zachowania.<sup>18</sup>

Wśród wielu koncepcji teoretycznych panują dwa rozbieżne przekonania. Pierwsze z nich mówi o tym, iż zachowanie jednostki jest wynikiem jej wyznawanej postawy. Znaczy to, iż postawa jaką dana jednostka odczuwa wyznacza jej sposób działania i zachowywania się. Drugie stanowisko twierdzi natomiast, iż to zachowanie jakie wykazuje jednostka determinuje wyznawane przez nią postawy. Znaczy to, że sposób w jaki się zachowujemy bierze udział w kształtowaniu naszych wewnętrznych postaw.

Zgodnie ze stanowiskiem pierwszym możemy wyjaśnić, iż najpierw psychologowie społeczni sądzili, iż, aby móc właściwie przewidzieć zachowania ludzi, należy poznać ich postawy. Jednak w roku 1964 Leon Festinger uznał, iż psychologia społeczna nie ma wystarczających dowodów na to, że zmiana postaw towarzyszy zmianie zachowania. Badacz ten uznał fakt, iż między postawą, a zachowaniem zachodzi pewna korelacja, to jednak przebiega ona w odwrotnym od uznawanego w obecnym czasie kierunku.

W 1969 roku Allan Wicher na podstawie przeprowadzonych badań dowiódł, iż przejawiane przez ludzi postawy nie pozwalają w takim stopniu, w jakim psycho-

<sup>16</sup> Z. Bokszański (kom. red.), A. Kojder (red. nauk.), *Encyklopedia socjologii*, Oficyna Naukowa, Warszawa 1998, T. 3, s. 153–154.

<sup>17</sup> J. Borkowski, *Socjologia i psychologia społeczna. Zarys wykładu*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistycznej im. Aleksandra Gieysztora w Pułtusk, Pułtusk 2003, s. 229.

<sup>18</sup> Z. Bokszański (kom. red.), A. Kojder (red. nauk.), *Encyklopedia socjologii*, Oficyna Naukowa, Warszawa 1998, T. 3, s. 153.

logowie społeczni oczekiwali, przewidzieć ich działań. W tym samym czasie inni psychologowie dowiedli, iż cechy osobowości są dość zawodną przesłanką przy prognozowaniu zachowań ludzi. W związku z powyższym, coraz większy nacisk zaczęto kłaść na działania terapeutyczne, których celem jest zmiana wzorów zachowania, które to stanowią źródło problemu danej jednostki. Wskazano także na określone czynniki, które determinują zachowania ludzi. Wśród nich zwrócono uwagę głównie na uwarunkowania społeczne, a dopiero w dalszej analizie wskazano na postawy oraz cechy osobowościowe.<sup>19</sup>

Warto w tym miejscu zaznaczyć, iż ludzie często zachowują się wbrew deklarowanym przez siebie postawom, bo wszystko to zależy od wielu czynników sytuacyjnych. Istnieje wiele zmiennych, które mogą modyfikować zależność między postawą, a zachowaniem. Stosunek ludzi wobec określonych spraw, poglądów, rzeczy, czy innych osób zależy od zbioru okoliczności, które są różne w każdym przypadku i winny być analizowane indywidualnie.

W psychologii występuje zasada tzw. uśredniania, mówiąca o tym, iż wpływ postaw na zachowanie jest lepiej obserwowalny w sytuacji, gdy badacze analizują nie przypadek indywidualny zachowania danej jednostki, ale kierują się przeciętnym, uśrednionym sposobem działania w dłuższej perspektywie czasowej.<sup>20</sup>

Psychologowie społeczni stwierdzają ponadto, że nasze postawy znajdują się w stanie uśpienia wówczas, gdy działamy w sposób rutynowy, automatyczny. Wówczas stosujemy w sposób nawykowy swoiste skrypty myślowe i nie analizujemy swojego zachowania. W sytuacjach nowych, dotąd nam nie znanych, nasze zachowanie charakteryzuje się mniejszą automatycznością. Gdy nie dysponujemy gotowym schematem myślowym, który karze nam w odpowiedni sposób reagować, zanim podejmiemy jakieś zachowanie, dajemy sobie czas na zastanowienie i przemyślenie.

Podobnie, gdy da się ludziom czas na przeanalizowanie swojego dotychczasowego działania, odczuwane przez nich postawy posiadają większą wagę prognostyczną. Uwidacznia się tu zasada, iż postawy determinują nasze zachowanie, wówczas, gdy zdołamy je sobie odpowiednio wcześniej przypomnieć.

Stwierdzono także, iż osoby, które mają wysoki poziom samoświadomości częściej postępują zgodnie z postawami, które akceptują.

Z pojęciem postawy wiąże się nierozzerwalnie także ocena. *Postawa jest stworzoną przez nas więzią między obiektem, a jego oceną. Jeśli ta więź jest silna, postawa uwidacznia się w naszych kontaktach z danym obiektem i przywołuje odnoszące się do niego sądy wartościujące.*<sup>21</sup> Im ta więź jest silniejsza, tym postawa wyrażająca określony stosunek sympatii bądź niechęci, będzie bardziej dostępna, a co za tym idzie – wzrośnie jej znaczenie regulacyjne. Dlatego też określone sytuacje i okoliczności mają moc aktualizacji postaw.

---

<sup>19</sup> D.G. Myers, *Psychologia społeczna*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2003, s. 156–157.

<sup>20</sup> Tamże, s. 157.

<sup>21</sup> Tamże, s. 159.

Czasami nabywamy postawy, w sposób, który może decydować o sile ich wpływu na określone zachowanie jednostki. Seria eksperymentów Russella Fazio i Marika Zanna potwierdziła to stanowisko. Wyniki ich badań pokazały, iż wówczas, gdy źródłem przyjmowanych postaw są własne doświadczenia, to wzrasta ich znaczenie i wartość w regulacji późniejszych zachowań. *Postawy kształtowane pod wpływem doświadczeń, w przeciwieństwie do tych, które przyjmowane są biernie, w większym stopniu motywują człowieka do aktywności, [...], są bardziej przemyślane, wyrażane z większą stanowczością, bardziej odporne na ataki oraz wyraźniej uświadamiane.*<sup>22</sup>

Podsumowując, można wyciągnąć wnioski, iż postawy pozwalają przewidzieć zachowanie jednostki wówczas, gdy zostaną spełnione trzy podstawowe warunki. Mianowicie:

- gdy zostanie zminimalizowany wpływ innych czynników na zachowanie danej jednostki;
- gdy dana postawa w sposób ścisły odnosi się do zachowania człowieka;
- gdy dana postawa jest na tyle silna, że spełnia funkcję regulacyjną.<sup>23</sup>

Na podstawie współczesnych badań, można stwierdzić, iż w zależności od okoliczności i przyjętej sytuacji, związek jaki zachodzi między deklarowaną postawą, a faktycznym zachowaniem jednostki może przybrać różną skalę, poczynwszy od braku jakiegokolwiek zależności, aż po silny związek. Jak pisze David Myers, *pomiędzy tym, kim jesteśmy, a tym, co robimy, zachodzi zależność, chociaż jest ona słabsza niż wielu z nas skłonnych byłoby przypuszczać.*<sup>24</sup>

Teoria druga zakłada, że to wykazywane przez jednostkę zachowanie determinuje wyznawane przez nią postawy. Ta teoria psychologii społecznej oparta jest na licznych badaniach i eksperymentach, które dowodzą, iż nasze zachowanie tworzy postawy. W wielu sytuacjach społecznych nasze zachowania znajdują szersze wytłumaczenie i wyjaśnienie w później wytworzonych przekonaniach i postawach. Tego typu sytuacji sprzyjają określone mechanizmy. Są to:

- siła autoperswazji – ona to sprawia, iż w następstwie określonych działań, jesteśmy w stanie przyjąć jakieś postawy i przekonania oraz uznać je za własne;
- zjawisko „grania ról” – wówczas, gdy podejmujemy określoną rolę społeczną, zmuszeni jesteśmy niejako „do grania jej zgodnie z przewidzianym scenariuszem”, nawet wówczas, gdy początkowo czujemy się w owej roli nieswojo. Działania przypisane rolom społecznym formują postawy osób, które te role pełnią;
- zjawisko „powiedzieć znaczy uwierzyć” – zjawisko to określa sytuację, w której to co mówimy nie pozostaje bez wpływu na to kim się stajemy.
- zjawisko „stopy w drzwiach” – wówczas, gdy wyrażamy początkową aprobatę i popieramy określony proces, skutkuje to znacznie silniejszym zaangażowaniem się w daną sytuację. Uczynienie drobnego nawet kroku w kierunku zrealizowa-

---

<sup>22</sup> Tamże, s. 160.

<sup>23</sup> Tamże.

<sup>24</sup> Tamże, s. 161.



nia pewnego zamierzenia, zbliża jednostkę w sposób nieuchronny do uczynienia kolejnego, większego już kroku w tym samym kierunku.<sup>25</sup>

Nasze zachowanie wpływa także na odczuwane postawy o charakterze moralnym, ze względu na fakt, iż staramy się często usprawiedliwić własne postępowania oraz uznać je jako słuszne i nienaganne. Także nasza aktywność w innych dziedzinach, takich jak na przykład polityka czy praca, kształtują naszą świadomość społeczną. Dzięki temu *często nie tylko stajemy w obronie tego, w co wierzymy, ale również odwrotnie, wierzymy w to, czego bronimy*.<sup>26</sup>

W kolejnym rozdziale autorka postara się przeanalizować w jaki sposób kształtują się postawy oraz za sprawą jakich mechanizmów możemy wpływać na zmianę postaw, a tym samym zachowania danej jednostki. Autorka będzie odnosić ten problem głównie do zagadnienia postaw zawodowych w grupie lekarzy.

## 2.2. Postawa wobec pracy zawodowej lekarzy

Postawa wobec pracy zawodowej to jeden z wielu rodzajów postawy społecznej. Ta z kolei (postawa społeczna) definiowana jest jako *stan psychicznej gotowości będący produktem życiowego doświadczenia, warunkujący relacje jednostki, grupy w stosunku do przedmiotów i sytuacji, z którymi się ona styka, jako stopień negatywnego lub pozytywnego uczucia związanego z jakimś przedmiotem*.<sup>27</sup>

Stosunek do pracy lekarza ma ścisły związek z jego postawą zawodową. Proces kształtowania się stosunku do pracy polega na zmianie psychiki człowieka, a co za tym idzie zmianie jego postaw, wartości i dążeń.

Stosunek jednostki do pracy jest złożoną kwestią o charakterze społeczno-psychicznym, stanowi swoisty rezultat wzajemnych i różnorodnych oddziaływań czynników ekonomicznych, społecznych, psychologicznych, zarówno w wymiarze obiektywnym, jak i subiektywnym.<sup>28</sup>

Wymiar obiektywny obejmuje konkretne warunki społeczne i ekonomiczno-socjalne, ale także polityczne, kulturowe i religijne. Czynniki te określają istotę pracy zawodowej i determinują treść świadomości pracy.

Natomiast wymiar subiektywny to przede wszystkim system wartości danej jednostki jako pracownika – indywiduum, jego motywów i postawy, zainteresowania oraz poglądy.

Stosunek do pracy jest kształtowany także poprzez takie czynniki jak warunki i organizacja pracy, okoliczności podjęcia decyzji o kształceniu w zakresie określonej profesji czy zawodu, socjalizację do roli zawodowej.

---

<sup>25</sup> Tamże, s. 162–169.

<sup>26</sup> Tamże, s. 175.

<sup>27</sup> R. Kowalczyk, T. Sieczyński, *Psychologia i socjologia pracy*, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1984, s. 123.

<sup>28</sup> J. Bağuła (red.), *Socjologia i psychologia pracy*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1987, s. 44.

Stosunek do pracy określany jest przez dwa podstawowe elementy determinujące. Są to:

- Stosunek do zawodu i do wykonywanych zajęć zawodowych;
- Stosunek do środowiska społecznego oraz fizycznego, to jest do współpracowników, do kierownictwa oraz do miejsca pracy jako instytucji.<sup>29</sup>

Na postawę zawodową do pracy danej jednostki wpływają także czynniki społeczne o różnym charakterze. Możemy je podzielić na trzy grupy. Są to:

- Czynniki o charakterze makrospołecznym: system społeczno-ekonomiczny, ustrój społeczno-polityczny, stan świadomości społecznej.
- Czynniki o charakterze mikrospołecznym:
  - Czynniki bezpośrednie: warunki i organizacja pracy, system płac, stosunki w zespole pracowniczym.
  - Czynniki pośrednie: system wychowania w rodzinie, system nauczania w szkole, oddziaływanie środków masowego przekazu.
- Czynniki o charakterze indywidualnym odnoszące się bezpośrednio do pracownika jako jednostki: wiek, płeć, stan rodziny, wykształcenie, staż pracy, stanowisko zawodowe, przynależność do organizacji zawodowych/społecznych.

Stosunek pracownika do pracy to *zachowanie pracownika [...] wobec zawodu i środowiska zawodowego. Jest to zachowanie się dzięki czemuś (pracy zawodowej) i stosunku do czegoś (do miejsca pracy), w którym wyrażane są określone postawy w formie opinii i stereotypów myślowych pracownika, społeczności zakładowej na dane problemy, które przejawiają się w działaniach biernych lub czynnych*.<sup>30</sup>

Artur Mnich, publicysta i lekarz, pisząc o postawach lekarzy względem swojej profesji oraz osoby pacjenta, mówi o tym, iż dzisiejsze pojęcie nauki o zdrowiu powinno być budowane na zdrowej nauce i winno odnosić się do nowej kultury, czyli do czasów, w których obecnie żyjemy. Z tej też perspektywy podejmuje on próbę przedstawienia swojej wizji postaw lekarza. Według A. Mnicha postawy te stanowią swoisty archetyp idealnego lekarza oraz służą zdrowiu i życiu osoby pacjenta. W swoim artykule na ten temat *Postawa lekarza w służbie życiu u zdrowiu osoby-pacjenta*, wymienia on kilka postaw lekarzy, które jego zdaniem powinny zdominować współczesną medycynę. Postawy te prześlągnięte są nurtem religijnym, odnoszącym się do wiary katolickiej oraz stanowiskiem głęboko humanistycznym, rozumiejącym. Wymieniane przez A. Mnicha postawy to:

1. Postawa „stania w pogotowiu” – współczesna medycyna wymusza niejako na lekarzu potrzebę ratowania zdrowia fizycznego pacjenta, ale nie tylko. Liczy się także pomoc psychiczna i duchowa. „Stanie w pogotowiu” to czujna i troskliwa obecność lekarza przy pacjencie oraz ufna i świadoma relacja międzyoso-

<sup>29</sup> Tamże, s. 49.

<sup>30</sup> A. Makarczyk, *Zawód w ujęciu socjologicznym*, Wydawnictwo Akademii Nauk Społecznych, Warszawa 1986, s. 52.



- bowa, całkowite poświęcenie ze strony lekarza oraz okazanie sympatii i chęci współpracy.
2. Postawa obecności – postawa lekarza, która wymaga z jego strony świadomej relacji z pacjentem opartej na zaufaniu i szacunku względem drugiej osoby, ale także akceptacji bólu i umiejętności wyciągnięcia z niego nauki dla siebie. *Postawa ta polega na dostrzeganiu drugiego człowieka całym sobą.*
  3. Postawa odwagi – jest to działanie ze strony lekarza podjęte pomimo strachu oraz lęku. Owy akt odwagi powinien być skierowany w stronę chorego, aby wspomagać jego powrót do zdrowia i pełnej sprawności. *To jest przemyślany wybór woli, w którym człowiek decyduje się na przekroczenie własnych granic osobowości.*
  4. Postawa poświęcania się – postawa, która wymaga od lekarza *zaangażowania się głową, jak i sercem. Myślenie sercem to takie, w którym myśl jest w relacji do drugiego człowieka.*
  5. Postawa rezygnacji – polega na połączeniu dyscypliny lekarskiej z równowagą. Dyscyplina polega tutaj na uczeniu się tego, co nienaturalne. Równowaga natomiast jest umiejętnością, którą lekarz wypracowuje w procesie kierowania gniewem. Gniew powoduje ryzyko konfrontacji z pacjentem. Uczucia są źródłem siły potrzebnej do realizacji zadań życiowych, jednak ich nadmierna ekspresja może przyczyniać się do konfliktów, dlatego tak ważna jest równowaga w zawodzie lekarza.
  6. Postawa pełna humoru – lekarz nie powinien być „zbyt poważny”, a raczej powinien zachowywać się swobodnie przy pacjencie, co sprzyja obopólnemu nawiązaniu relacji. Ponadto, humor stanowi jeden z zabiegów sanitarno-medycznych i jest czynnikiem pożądanym w pracy zawodowej lekarza.
  7. Postawa „niewystarczalności własnej lekarza” – postawa ta oznacza, iż lekarz nie ma żadnej wartości, gdy nie ma przy nim pacjenta. Tylko wówczas może on spełniać swoją powinność i realizować wybraną rolę zawodową.
  8. Postawa empatii – empatia lekarza jest czynnikiem niezbędnym w rozpoznaniu i diagnozie stanu zdrowia pacjenta. *Empatia daje szansę przeżycia dzięki zmysłom innych osób. Zainteresowanie wyglądem świata w oczach innych daje wykształcenie i rozwój własnej obiektywności.* Wszystkie te czynniki razem są w stanie dać lekarzowi praktyczną wiedzę medyczną. Troska o chorego, ukazana pod postacią empatii, decyduje w dużej mierze o jakości bycia z pacjentem. *Poprzez zjednoczenie słuchającego i mówiącego dokonuje się przekroczenie i poszerzenie granic osobowości.*
  9. Postawa „bycia świadkiem uzdrawiania” – oznacza, iż lekarz lecząc pacjenta wypełnia tylko część całego procesu uzdrawiania. Odgrywa on tylko część roli. Lekarz ofiarowuje pacjentowi wiedzę i czas, jednak potrzebna jest jeszcze łaska.<sup>31</sup>

---

<sup>31</sup> Kwartalnik „Życie i płodność” 2009, nr 2, <http://zycieiplodnosc.pl/kw-nr-22009> [dostęp: 15.12.2011].

Postawy zawodowe wobec pracy wśród lekarzy znajdują swoje odzwierciedlenie w czynnikach *stricte* zawodowych (stosunek lekarzy do własnej profesji) oraz w aspektach pośrednich (stosunek do kolegów z pracy, przełożonych, warunków pracy). Postawa wobec pracy jest to bowiem szczególnie konglomerat powiązanych części składowych. Poszczególne składniki tego konglomeratu tworzą ogromną liczbę oraz zakres postaw częściowych, które determinują całościową postawę zawodową.

### 2.3. Kształtowanie i zmiana postaw zawodowych wśród lekarzy

Z punktu widzenia tematyki postaw ważna jest także kwestia zmiany postaw, która ma duże zastosowanie praktyczne. Zmiana postawy jest to *przesunięcie jej położenia w którymkolwiek z hipotetycznie przyjętych kontinuum, zmiana siły, zawartości, złożoności itp.*<sup>32</sup> O zmianie postawy możemy mówić wówczas, gdy dojdzie do procesu przekształcenia treści subiektywnego odzwierciedlenia przedmiotu postawy. Inni badacze, zwolennicy podejścia nieco węższego twierdzą, iż zmiana postaw zachodzi wówczas, gdy następuje przesunięcie jej położenia w kontinuum wyznaczającym kierunek postawy. W związku z tym można mówić o zmianie postawy zgodnie z dotychczasowym kierunkiem oraz niezgodnie z nim.<sup>33</sup>

Postawa może ulec zmianie pod wpływem wielu czynników o charakterze zewnętrznym. Zaliczamy do nich przede wszystkim środowisko, w którym funkcjonuje dana jednostka, czyli jej rodzinę, znajomych, pracę, a nawet system religijny. W kontekście tematyki tej pracy, autorka będzie rozpatrywać kwestię kształtowania się i zmianę postaw zawodowych lekarzy na skutek podjętej pracy.

Wśród licznych teorii zmiany postaw wyróżnić możemy trzy podstawowe i najczęściej spotykane w literaturze przedmiotu.

Pierwsza z nich wywodzi się z teorii uczenia się. Zakłada ona, iż postawy można w sposób dowolny modyfikować za sprawą wzmocnień pozytywnych i negatywnych o charakterze społeczno-psychologicznym.<sup>34</sup> W związku z powyższym, lekarze mogą kształtować swoje postawy względem pracy zawodowej na podstawie obserwacji swoich praktykujących kolegów, dzięki nabytemu doświadczeniu zawodowemu oraz za sprawą identyfikacji z postawami osób dla nich znaczących.

Druga koncepcja powstała na gruncie teorii poznawczych, których podstawowym założeniem jest możliwość zmiany postawy na skutek przetwarzania informacji dotyczących przedmiotu postawy, oddziaływania na procesy emocjonalne oraz wywierania wpływu na behawioralny komponent postawy.<sup>35</sup> Dzięki temu składni-

<sup>32</sup> S. Nowak, *Teorie postaw*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1973, s. 319.

<sup>33</sup> J. Borkowski, *Socjologia i psychologia społeczna. Zarys wykładu*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistycznej im. Aleksandra Gieysztora w Pułtusk, Pułtusk 2003, s. 230.

<sup>34</sup> Tamże.

<sup>35</sup> Tamże.

kowi, lekarze mogą przeanalizować własne zachowanie oraz stosunek do pacjenta, współpracowników, własnej pracy, a tym samym wpłynąć na zmianę dotychczasowego stylu działania.

Trzecia koncepcja, skupiona wokół orientacji psychodynamicznej stoi na stanowisku, iż postawy spełniają funkcję swoistych symptomów, których celem jest obrona poczucia wartości i kondycji ego danego podmiotu.<sup>36</sup> W odniesieniu do profesji lekarza ma to zastosowanie na przykład w odczuciu empatii, która pozwala wykręcić i zmodyfikować nieświadome konflikty wewnętrzne w zespole lekarskim, bądź między lekarzem, a pacjentem. Świadomość przyczyn konfliktów i nieporozumień może wpłynąć na zmianę zachowania oraz kierowanie własnymi emocjami.

Proces zmiany ukształtowanej już postawy jest zadaniem długotrwałym i nie zawsze przynosi zamierzone efekty. Jest wiele strategii, które próbuje się wykorzystywać w procesie zmian postaw. Wśród nich wyróżnić możemy:

- *kształtowanie nowych postaw wobec nowych przedmiotów;*
- *wzmacnianie już istniejących postaw;*
- *zmiana już powstałych postaw;*
- *kształtowanie poszczególnych składników postaw.*<sup>37</sup>

Najtrudniejszym zadaniem z punktu widzenia terapeutycznego jest zmiana postaw silnie zakorzenionych, do których jednostka jest przywiązana i które stanowią swoiste nawyki jej działania. W przypadku głębokich przekonań działania mające na celu zmianę dotychczasowej postawy mogą okazać się niezwykle karkołomne, a nawet mogą zakończyć się niepowodzeniem. Porażce sprzyja także fakt, kiedy mamy do czynienia z osobami o poglądach konserwatywnych, wyrazistym światopoglądzie i poczuciu niezależności osobistej. Niemniej jednak, warto jest podejmować próby w kierunku zmiany postaw, zwłaszcza tym niekorzystnie wpływających na życie społeczne. Można także próbować kształtować nowe postawy i tym sposobem niwelować te stare.

Istnieją określone czynniki, które uznać można za postawotwórcze. J. Borkowski zalicza do nich:

- oddziaływanie osób oraz instytucji znaczących;
- obiektywność i bezinteresowność oddziaływania;
- formułowanie jasnych apeli i przekazów;
- uświadamianie niekorzystnych skutków ubocznych oraz możliwych spodziewanych korzyści;
- połączenie oddziaływania emocjonalnego z racjonalnym, opartym na faktach sposobem argumentacji;
- oddziaływanie za pomocą zachowań niewerbalnych;
- wielokrotność i powtórzenia w sposobie oddziaływania;

---

<sup>36</sup> Tamże.

<sup>37</sup> Tamże, s. 231.

- oddziaływanie w sposób nieświadomy dla podmiotu, którego postawy pragnie się zmienić;
- wzmacnianie uwagi i koncentracji osób, które poddajemy zmianie;
- oddziaływanie w kierunku niewielkiego audytorium.<sup>38</sup>

W momencie, gdy proces zmiany danej postawy zakończy się sukcesem możemy mówić o określonym kierunku w jakim owa zmiana zaszła. Mamy tu do czynienia z trzema możliwościami:

- dana jednostka uległa wpływowi, gdyż zmiana postawy przyniesie jej określone korzyści<sup>39</sup> – w odniesieniu do profesji lekarza można mówić tu o odczuwanym zadowoleniu z poprawy jakości komunikacji między nim a pacjentami oraz satysfakcję ze współpracy w zespole medycznym. Czynniki te stanowią korzyść dla lekarza, dlatego też jego postawa może ulec zmianie;
- dana jednostka uległa wpływowi, ponieważ zidentyfikowała się z nową postawą i uznała ją za zbliżoną do własnych poglądów i przekonań<sup>40</sup> – w odniesieniu do profesji lekarza można mówić tu o sytuacji, w której lekarz uznaje postawy zawodowe za bliskie własnym przekonaniom i dostosowuje swoje zachowanie do nich;
- dana jednostka uległa wpływowi, ponieważ zinternalizowała prezentowane postawy i przyjęła je jako własne<sup>41</sup> – w odniesieniu do profesji lekarza można mówić tu o poprawnej socjalizacji do zawodu lekarza i przyswojeniu nowych postaw wynikających z pełnionego zawodu oraz uznaniu ich jako „swoje”.

Podsumowując tą kwestię, możemy stwierdzić w odniesieniu do profesji lekarza, iż zmiana postawy dotyczy w szczególności tych lekarzy, którzy przekształcili swoje zachowanie. Dzięki zmodyfikowaniu swojego sposobu działania (na przykład stylu komunikacji z pacjentem), zmianie ulega również wewnętrzny pogląd, czyli postawa lekarza. Zwłaszcza w zawodzie lekarza ważne jest, aby kształtować pozytywne postawy względem swojej pracy, ponieważ jej wyniki przekładają się w sposób bezpośredni na kondycję psychiczną i fizyczną pacjenta.

## 2.4. Czynniki wpływające na postawy zawodowe lekarzy

Postawy zawodowe wobec pracy wśród lekarzy znajdują swoje odzwierciedlenie zarówno w czynnikach *stricto* zawodowych, jak i pośrednio zawodowych. Do tych pierwszych zaliczamy stosunek lekarzy do własnej profesji, natomiast do drugiej grupy stosunek do kolegów z pracy, przełożonych, warunków pracy. Postawa wobec pracy jest to bowiem szczególnie konglomerat powiązanych części składowych, a poszczególne składniki tego konglomeratu tworzą całościową postawę zawodową.

---

<sup>38</sup> Tamże, s. 232.

<sup>39</sup> Tamże.

<sup>40</sup> Tamże.

<sup>41</sup> Tamże.

Stosunek jednostki do pracy jest złożoną kwestią o charakterze społeczno-psychicznym, stanowi swoisty rezultat wzajemnych i różnorodnych oddziaływań czynników ekonomicznych, społecznych, psychologicznych, zarówno w wymiarze obiektywnym, jak i subiektywnym.

Postawa zawodowa lekarzy kształtuje się pod wpływem wielu czynników. Zaliczamy do nich kwestie związane z samym zawodem lekarza, czyli stres zawodowy oraz osobistą satysfakcję z pracy w służbie zdrowia. Będzie to również środowisko, w którym pracuje dany lekarz, czyli warunki i organizacja pracy w danej instytucji medycznej (szpital, przychodnia, gabinet lekarski) oraz oferowane tam zarobki. System płac pełni rolę motywującą i w znaczący sposób wpływa na postawy zawodowe pracowników. Na postawy zawodowe lekarzy wpływają też czynniki pośrednie, czyli stosunki w zespole pracowniczym i relacje z otoczeniem pracy, czyli ze współpracownikami. Chodzi tu nie tylko o kontakty lekarzy z innymi lekarzami, ale także z personelem pomocniczym oraz z kierownictwem, czyli ordynatorem oddziału bądź dyrektorem szpitala, przychodni, instytucji medycznej.

Postawy zawodowe lekarzy mogą być także kształtowane pod wpływem obserwacji otoczenia zewnętrznego oraz oddziaływania innych osób i instytucji społecznych.

Wyżej wymienione czynniki zostaną dokładnie omówione i przeanalizowane w poniższej części pracy.

### 2.4.1. Stres w pracy lekarza

Pojęcie „stres” należy do jednej z najbardziej powszechnej tematyki, zarówno teoretycznej, jak i obecnej w życiu codziennym. Określenie to w dosłownym tłumaczeniu oznacza nacisk, ciśnienie.<sup>42</sup> J. Reykowski definiuje stres jako *zespół czynników, które wywołują zagrożenie i zakłócenie procesu aktywności zadaniowej*.<sup>43</sup> J. Strelau natomiast twierdzi, iż stres jest to *stan braku równowagi między wymaganiami otoczenia a możliwościami jednostki co do radzenia sobie z nimi*.<sup>44</sup> Jednym z głównych badaczy i twórców koncepcji stresu był Canon. Uważał on, iż człowiek musi żyć w ciągle zmieniających się warunkach zewnętrznych i w wyniku tego narażony jest na codzienny stres życiowy. Pomimo chęci organizmu do zachowania równowagi, zarówno psychicznej, jak i fizjologicznej, zmuszony jest do nieustannych zmian, które generują napięcie objawiające się pod postacią stresu. Innym twórcą typologii i koncepcji stresu był Selye. On z kolei wprowadził na grunt literatury naukowej określenie „reakcji stresowej”. Selye sądził, iż stres może wywołać zmiany natury biologicznej i endokrynologicznej, których przyczyną są poważne i ciężkie w diagnozie choroby.<sup>45</sup>

Stres jaki odczuwa organizm człowieka przechodzi przez kilka faz, w trakcie których rozwija się i wzmacnia. Fazy te wymienia Jan Borkowski i są to:

1. Faza I: faza alarmowo-mobilizacyjna

---

<sup>42</sup> Tamże, s. 317.

<sup>43</sup> Tamże, s. 320.

<sup>44</sup> Tamże.

<sup>45</sup> H. Selye, *Stress życia*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1960, s. 42.

2. Faza II: faza odporności
3. Faza III: faza wyczerpania.<sup>46</sup>

Faza pierwsza charakteryzuje się występowaniem początkowego szoku i zaskoczenia na skutek pojawienia się określonego wstrząsu psychicznego, który jest przyczyną stresu. W tym momencie organizm mobilizuje swoje mechanizmy obronne i stara się przezwyciężyć stres. Następuje pełna koncentracja energii organizmu i „trzeźwa” ocena sytuacji. Organizm wzmacnia swoją aktywność i analizuje przebieg zdarzeń.

W fazie drugiej organizm zaczyna się powoli przystosowywać do sytuacji w jakiej się znalazł i stara się przystosować do działania w warunkach bardziej ekstremalnych. Organizm stara się zachować pierwotną równowagę, która została zaburzona przez bodziec stresowy. W fazie tej następuje jednak spadek aktywności organizmu i zaobserwować można powolne zmęczenie sytuacją stresową.

W ostatniej, trzeciej fazie dochodzi do zakłócenia mechanizmów przystosowawczych i całkowitego wyczerpania nerwowego i fizycznego organizmu. W wyniku długotrwałej sytuacji stresowej pojawia się załamanie i utrata energii. Następuje zaburzenie równowagi funkcjonalnej organizmu, czego skutkiem jest zablokowanie podstawowych funkcji organizmu. Elementy te mogą w rezultacie doprowadzić do szkodliwych skutków ubocznych pod postacią chorób i wyłączenia się z normalnego trybu życia.<sup>47</sup>

Ponadto można wyróżnić osie stresu, które biorą udział w procesach stresowych. Osie te są ze sobą funkcjonalnie powiązane, choć nie zawsze wszystkie razem biorą udział w reakcji stresowej odczuwanej przez dany organizm. Ich działanie odpowiada przede wszystkim sytuacji długotrwałego stresu. Wśród osi stresu możemy wymienić następujące:

- Oś nerwową, która to *powoduje najbardziej bezpośrednie i natychmiastowe pobudzenie nerwowe organów wewnętrznych [...], rzadziej hamowanie lub regenerowanie skutków stymulacji narządów somatycznych; jej działaniem bardzo krótkotrwały charakter;*
- Oś neurohormonalną, która to *podtrzymuje w czasie pobudzenie nerwowe, mobilizuje organizm do wzmożonego wysiłku fizycznego według zasady „walcz lub uciekaj” [...];*
- Oś endokrynologiczną, która z kolei *wywołuje najdłużej trwające następstwa somatyczne i psychiczne.*<sup>48</sup>

Stres występuje w sytuacji, gdy pojawia się znaczna rozbieżność między wymaganiami środowiska zewnętrznego, a faktycznymi możliwościami działania danej jednostki. Warto w tym miejscu zaznaczyć, iż stres powstaje na skutek sekwencji zdarzeń stresowych, a nie tylko bodźców epizodycznych. W większości przypad-

---

<sup>46</sup> Borkowski J., *Socjologia i psychologia społeczna. Zarys wykładu*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistycznej im. Aleksandra Gieysztora w Pułtusk, Pułtusk 2003, s. 317–318.

<sup>47</sup> Tamże, s. 318.

<sup>48</sup> Tamże, s. 318–319.



ków stres powstaje na skutek dużej zmienności otoczenia. Co ciekawe, nie tylko konkretne osoby różnie reagują na te same stresory, to także ten sam człowiek może odmiennie zachowywać się na skutek działania tego samego bodźca stresowego w zależności od stanu jego organizmu.<sup>49</sup>

Efektów stresu jest wiele. Są to najczęściej skutki uboczne negatywnie wpływające na funkcjonowanie całego organizmu i zaburzające jego sprawność. Efekt stresu zależny jest jednak od kilku zmiennych. Są to:

- sposób, w jaki jednostka postrzega sytuację;
- sprawność procesów samoregulujących;
- zasób energii;
- rodzaj sytuacji stresowej;
- stan zdrowia fizycznego i psychicznego jednostki;
- struktura osobowości danej jednostki.<sup>50</sup>

Stres definiowany jako układ warunków zewnętrznych, które zakłócają normalne funkcjonowanie człowieka, pojawia się także w środowisku pracy. Poszczególne rodzaje zawodów generują swoiste odmiany stresorów. Bodźce stresowe mogą mieć naturę fizyczną, związaną z rozwojem zawodowym, z warunkami wykonywania pracy oraz z organizacją pracy. Zawód lekarza należy do specyficznej grupy profesji, która w szczególny sposób narażona jest na działanie czynników stresowych o różnym charakterze. Wzmógłony wysiłek psychiczny oraz fizyczny, zmęczenie, brak odpoczynku i snu, praca pod wpływem silnych emocji, konieczność analitycznego myślenia, poczucie odpowiedzialności, konieczność ciągłego dokształcania, deficyt czasu, nadmiar działań, wielość czynności wykonywanych jednocześnie, praca na zmiany – to wszystko przyczynia się do uznania zawodu lekarza za jednego z najbardziej stresujących w całej typologii.

Powszechnie uważa się, iż lekarz decydując się na wykonywany zawód, powinien liczyć się z ogromnym obciążeniem stresowym. Sądzi się również, że jego silna motywacja do pracy z chorymi i praca w służbie zdrowiu i życiu pacjentów powinna owy stres zmniejszać, a nawet niwelować. Jednak w rzeczywistej praktyce lekarskiej ciężko jest przezwyciężyć silne bodźce stresowe występujące na co dzień. Stąd też pojawiające się u praktykujących lekarzy schorzenia takie jak dolegliwości nerwicowe, choroby wrzodowe, zawały serca, przemęczenia i depresje. Negatywne następstwa stresowe rodzą także niekorzystne następstwa rodzinne i zawodowe, nie tylko w wymiarze zdrowotnym, ale i społecznym.

Renata Gutowska, badaczka stresu zawodowego lekarzy, stwierdza, iż zawód ten narażony jest na czynniki stresogenne w sposób szczególny. Twierdzi także, iż kluczową rolę w odbiorze zadań stresowych odgrywa temperament danej jednostki – lekarza.<sup>51</sup>

<sup>49</sup> J. Terelak, *Stres psychologiczny*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 1995, s. 27.

<sup>50</sup> J. Renaud, *Przewodnik antystresowy*, Wydawnictwo Interpress, Warszawa 1993, s. 52.

<sup>51</sup> R. Gutowska, W: J.F. Terelak (red.), *Stres zawodowy – charakterystyka psychologiczna wybranych zawodów stresowych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa 2007, s. 156–157.

Stres w pracy zawodowej lekarza ma wiele przyczyn. Możemy je podzielić na kilka grup. Mianowicie, źródła stresu mogą być zależne od przyjętej przez lekarza roli zawodowej, od środowiska pracy lekarza, mogą zależeć od samego charakteru pracy oraz zasobów biopsychospołecznych danej osoby (tutaj lekarza).

Według Talcota Parsonsa, socjologa, który miał znaczny wkład w rozwój tematyki medycznej na gruncie nauk społecznych, można wskazać na następujące źródła stresu zawodowego w pracy lekarza:

- *wymagania stawiane przez charakter pracy [...], rodzaj wykształcenia, kwalifikacje, akceptacja dyscypliny i kontroli;*
- *interes instytucji medycznej [...];*
- *wspólność działań – zakres współpracy [...];*
- *presja związana z wykonywaniem zadań – zakres wymagań stawianych przez instytucję medyczną zespołowi i sposób oceniania rezultatów pracy [...];*
- *zróżnicowanie pracy ze względu na specyfikę instytucji medycznych.*<sup>52</sup>

Inne źródła stresu zawodowego lekarzy, na które wskazuje Beata Tobiasz-Adamczyk to czynniki, które przede wszystkim dotyczą roli zawodowej, jaką pełni lekarz. Wśród tych zmiennych wyróżnić możemy następujące:

- praca w warunkach silnych emocji i napięć, stykanie się z problemem śmierci na co dzień;
- niewystarczające przygotowanie do potrzeb chorych;
- obciążenie problemami pacjenta;
- konieczność podporządkowania się pod wymagania i zadania stawiane ze strony społeczeństwa;
- zależność od potrzeb pacjentów, których lekarz nie jest w stanie zaspokoić;
- umiejętność odnalezienia się w sytuacji, kiedy wiedza medyczna daje jedynie nadzieję;
- oczekiwania związane z samym zawodem lekarza;
- napięcia związane z pełnioną rolą;
- konflikt jaki pojawia się między rolą zawodową, a innymi rolami jakie pełni lekarz (na przykład męża, ojca);
- brak wsparcia ze strony współpracowników oraz rodziny lekarza;
- poczucie odpowiedzialności za pacjenta, które może stać się zbyt przytłaczające.<sup>53</sup>

Nina Ogińska-Bulik oraz Martyna Kaflik-Pieróg wyróżniają cztery grupy czynników stresogennych w pracy lekarza. Czynniki te w znaczący sposób pokrywają się z elementami wyróżnionymi przez Beatę Tobiasz-Adamczyk i są to:

- czynniki związane z treścią pracy;
- czynniki wynikające z organizacji pracy;

---

<sup>52</sup> B. Tobiasz-Adamczyk, *Relacje lekarz–pacjent w perspektywie socjologii medycyny*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002, s. 85.

<sup>53</sup> Tamże, s. 86.



- psychologiczne cechy pracy wynikające z jej relacji do potrzeb i preferencji pracowników;
- cechy pracy, które powodują zakłócenia w relacji na linii praca–dom.<sup>54</sup>

Lekarze, w trakcie procesu nabywania wiedzy, są przygotowywani do reagowania na stres i umiejętności radzenia sobie z nim. Jednak warto w tym miejscu zaznaczyć, iż kwestia ta jest o wiele bardziej złożona i wpływa na nią także osobowość lekarza i jego przystosowanie psychiczno-społeczne do pracy w zawodzie trudnym i niezwykle odpowiedzialnym. Czynniki, które mogą okazać się pomoce w przezwyciężeniu codziennego stresu zawodowego lekarza, są między innymi:

- pozytywna adaptacja do środowiska pracy zawodowej, na co wpływa nawiązanie poprawnych relacji ze współpracownikami, przestrzeganie norm i zachowań odpowiednich dla zawodu lekarza;
- odpowiednie przystosowanie się do roli zawodowej lekarza, to znaczy akceptacja wymogów wynikających z konieczności pełnienia określonych obowiązków pracowniczych.<sup>55</sup>

Do kolejnych źródeł stresu zawodowego lekarza należy środowisko pracy. Miejsce pracy i atmosfera, w jakiej wykonuje się codzienne obowiązki w dużej mierze determinują zadowolenie z pracy, ale mogą też generować dodatkowe stresy i napięcia, które zniechęcają do wykonywania zawodu i przenoszą się na inne sfery życia lekarza. Środowisko zawodowe stanowi niejako pomoc w przezwyciężeniu codziennego stresu, bądź też może wzmacniać owe bodźce stresowe. Z tą kwestią wiążą się takie źródła stresu jak:

- *charakter wykonywanej pracy;*
- *fizyczne warunki pracy;*
- *bezpieczeństwo pracy;*
- *czas pracy;*
- *atmosfera w pracy;*
- *stosunki międzyludzkie w zespole;*
- *relacje z innymi grupami zawodowymi w ramach współpracy [...];*
- *relacje z przełożonymi [...];*
- *udział w podejmowaniu decyzji [...];*
- *możliwość dalszego doskonalenia zawodowego (specjalizacje).<sup>56</sup>*

Również same wydarzenia, jakie dzieją się w trakcie pracy mogą stać się silnymi stresorami dla lekarza. Zdarzenia te dotyczą zarówno „technicznej” strony zatrudnienia w szpitalu, bądź innej instytucji medycznej, ale też mogą być związane z relacjami lekarza z pacjentem, ciężkimi przypadkami chorobowymi bądź śmier-

---

<sup>54</sup> N. Ogińska-Bulik, M. Kafluk-Pieróg, *Stres zawodowy w służbach ratowniczych*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi, Łódź 2006, s. 40.

<sup>55</sup> B. Tobiasz-Adamczyk, *Relacje lekarz–pacjent w perspektywie socjologii medycyny*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002, s. 86.

<sup>56</sup> Tamże.

cią pacjenta. Do zdarzeń związanych z samą pracą i wywołujących stres lekarza zaliczyć możemy ponadto:

- proces rozpoczęcia pracy w zawodzie lekarza;
- ponowny powrót do pracy po długim urlopie;
- zmianę pracy (na lepszą, bądź na gorszą), która automatycznie oznacza zmianę środowiska społecznego pracy oraz konieczność przystosowania się do nowych warunków;
- konflikty i nieporozumienia między współpracownikami oraz między pracownikiem i jego przełożonym;
- degradacja zawodowa;
- brak możliwości awansu zawodowego;
- nagłe pogorszenie się warunków pracy;
- awans zawodowy;
- sukcesy w pracy zawodowej;
- zwolnienie z dotychczasowego miejsca pracy;
- niepewność miejsca pracy (groźba bezrobocia);
- zbyt wiele obowiązków zawodowych;
- przejście na emeryturę, rentę;
- zaprzestanie pracy z przyczyn osobistych bądź innych.<sup>57</sup>

Beata Tobiasz-Adamczyk wyróżnia dodatkowo inne jeszcze rodzaje stresów w pracy lekarza. Są to:

- fizyczne zmęczenie;
- konieczność podejmowania szybkich decyzji w warunkach krytycznych;
- polityka instytucji medycznych (na przykład szpitala publicznego);
- ciągła konieczność dokształcania się i uaktualniania swojej wiedzy medycznej;
- konflikt jaki występuje między pracą lekarza, a jego życiem prywatnym (tj. rodziną, znajomymi);
- patrzeć na śmierć;
- problem organizacji własnej praktyki lekarskiej.<sup>58</sup>

W literaturze naukowej można spotkać się także ze stanowiskiem, że kontakt lekarza z pacjentem również stanowi źródło stresu – zarówno dla lekarza, jak i dla osoby chorego. Także proces komunikacji z pacjentem to potencjalne źródło stresu zawodowego dla lekarza. Komunikacja między lekarzem a pacjentem pełni bardzo ważną rolę w kwestii jakości opieki medycznej oraz satysfakcji zarówno dla pacjenta (satysfakcja z leczenia) oraz dla lekarza (satysfakcja z pracy zawodowej).

Każdy lekarz, aby móc odpowiednio wykonywać swój zawód, musi podejmować różnorakie strategie radzenia sobie ze stresem. Proces ten w fachowej literaturze nosi nazwę *coping stress* i stanowi on rodzaj mobilizacji organizmu *oznaczającej*

---

<sup>57</sup> Tamże, s. 87.

<sup>58</sup> Tamże.

*świadome i nieświadome działanie w celu zapobieżenia, ograniczenia, przeżywania lub wyeliminowania wpływu stresów oraz tolerowania ich efektów.*<sup>59</sup>

W literaturze spotkać można bardzo wiele strategii radzenia sobie ze stresem. Jedną z nich opisuje Lazarus i Folkman, dzieląc ją na cztery grupy czynności:

- *poszukiwanie dodatkowych informacji;*
- *bezpośrednie rozwiązywanie problemu właściwego lub zastępczego;*
- *powstrzymywanie się od działania;*
- *procesy ukierunkowane na siebie (intrapsychiczne).*<sup>60</sup>

Wśród innych postaci *copingu* wymienić możemy na przykład:

- konfrontację;
- dystansowanie się;
- samokontrolę;
- poszukiwanie wsparcia społecznego;
- pozytywne przewartościowanie;
- myślenie życzeniowe;
- ucieczka;
- omijanie, itp.<sup>61</sup>

Ogromny problem powszechności schorzeń o podłożu stresowo-nerwicowym powoduje konieczność podejmowania zorganizowanych działań profilaktycznych oraz terapii antystresowych. Problem ten dotyczy także zawodu lekarzy, którzy, jak wyżej wspomniano, obarczeni są szczególnie obszernym ładunkiem bodźców stresowych.

Sposób radzenia sobie ze stresem to *typowy, powtarzalny, uwarunkowany osobowościowo sposób zachowania się jednostki w sytuacji obcowania ze stresem.*<sup>62</sup> Aby możliwie ograniczyć negatywny wpływ stresorów oraz poprawić jakość komunikacji z pacjentem, lekarze powinni stosować różne praktyki ułatwiające przezwyciężenie codziennego, zawodowego stresu. Obecnie istnieje szeroki zakres możliwości kształtowania osobistej odporności na stres i poprawy kondycji antystresowej. Do podstawowych form profilaktyki antystresowej, którą lekarze mogą podejmować samodzielnie, zaliczyć możemy:

- zdobywanie wiedzy na temat swoich własnych zachowań stresowych;
- minimalizowanie wpływu stresorów oraz niwelowanie negatywnych skutków jakie powodują;
- zwiększanie własnej odporności na stres;
- zadbanie o kondycję psychiczną i sprawność zdrowotną;
- modyfikowanie stylu życia i eliminowanie negatywnych nawyków;

<sup>59</sup> J. Terelak, *Stres psychologiczny*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 1995, s. 110–114.

<sup>60</sup> J. Borkowski, *Socjologia i psychologia społeczna. Zarys wykładu*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistycznej im. Aleksandra Gieysztora w Pułtusk, Pułtusk 2003, s. 325.

<sup>61</sup> Tamże.

<sup>62</sup> N. Ogińska-Bulik, M. Kafluk-Pieróg, *Stres zawodowy w służbach ratowniczych*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi, Łódź 2006, s. 83.

- podejmowanie ćwiczeń fizycznych, które rozładowują negatywne napięcie;
- relaksacja;
- korzystanie z form poradnictwa pracowniczego;
- masaż, akupunktura, akupresura;
- kontrolowanie techniki oddechowej;
- muzykoterapia, hipnoterapia.<sup>63</sup>

Jednak w niektórych sytuacjach, gdy bodziec stresowy jest bardzo silny, bądź gdy kondycja psychiczna danej jednostki (lekarza) jest niewystarczająca, aby mógł on sam przezwyciężyć stan stresu, konieczna staje się fachowa pomoc i wsparcie terapeutyczne. Ważna jest w tym miejscu umiejętność uwzględnienia różnic indywidualnych, które decydują o odporności na bodźce stresowe. Również sami pacjenci powinni częściej brać pod uwagę własne zachowanie, aby nie przyczyniać się do przysparzania lekarzom dodatkowych stresów i nerwów, gdyż rzutuje to w negatywny sposób na proces diagnozy i późniejszego leczenia.

### 2.4.2. Satysfakcja lekarzy z pracy zawodowej

Satysfakcja z pracy zawodowej to złożona funkcja między oczekiwaniami pracownika i jego potrzebami, a ich zaspokojeniem zawodowym. Proces ten nie dotyczy tylko sfery materialnej, ale również innych czynników o charakterze zawodowym wpływających na komfort pracy, na przykład atmosfery w miejscu pracy. Zadowolenie z pracy jest wypadkową tego, co się osiągnęło przez pracę i tego co się osiągnąć zamierza.<sup>64</sup> Satysfakcja z pracy zawodowej ma ścisły związek z pełnioną rolą zawodową. Właściwość ta unaocznia się zwłaszcza w przypadku poszczególnych zawodów. Należy do nich także zawód lekarza. W tym przypadku, zdaniem Beaty Tobiasz-Adamczyk, relacja pomiędzy satysfakcją z pracy a percepcją roli zawodowej obejmuje dwa wymiary. Są to stres, który stanowi czynnik immanentny, wliczony niejako w pracę lekarza oraz czynniki pochodzenia środowiskowego, zewnętrznego, na które lekarz nie ma wpływu. Do tych czynników zaliczyć można środowisko pracy (w tym charakter i warunki pracy), strukturę pracy oraz organizację pracy.<sup>65</sup>

Satysfakcja z pracy zawodowej w przypadku lekarza, podobnie jak w innych zawodach zależna jest od wielu czynników, w tym także zmiennych demograficznych (takich jak wiek, płeć, długość pracy itp.) oraz czynników indywidualnych (takich jak cechy osobowości, wyznawane wartości, odczuwane potrzeby, umiejętności i zdolności, inteligencja, motywacje, preferencje, poziom percepcji oczekiwań itp.).<sup>66</sup>

<sup>63</sup> J. Borkowski, *Socjologia i psychologia społeczna. Zarys wykładu*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistycznej im. Aleksandra Gieysztora w Puławach, Puławy 2003, s. 329.

<sup>64</sup> R. Kowalczyk, T. Sieczyński, *Psychologia i socjologia pracy*, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1984, s. 121.

<sup>65</sup> B. Tobiasz-Adamczyk, *Relacje lekarz–pacjent w perspektywie socjologii medycyny*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002, s. 81.

<sup>66</sup> B. Tobiasz-Adamczyk, *Relacje lekarz–pacjent w perspektywie socjologii medycyny*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002, s. 83.

Satysfakcja z pracy zawodowej lekarza może też wynikać z charakteru samego zawodu i wykonywanych codziennych obowiązków. Zdaniem Beaty Tobiasz-Adamczyk, wyróżnić możemy czynniki, które wpływają na preferowanie danej pracy, a które są źródłem satysfakcji zawodowej. Są to:

- *możliwości podnoszenia kwalifikacji, awansu zawodowego, rozwoju zawodowego (kariery) [...];*
- *pozycja społeczna, jaką daje wykonywanie tej pracy [...];*
- *korzystne warunki socjalne [...];*
- *prestż społeczny, jakim odznacza się instytucja medyczna [...];*
- *zakres kontaktów międzyludzkich w środowisku pracy [...];*
- *czas pracy [...];*
- *wynagrodzenie.*<sup>67</sup>

Efekty psychospołeczne wynikające z samej natury pracy także mogą być źródłem zadowolenia i satysfakcji zawodowej. Świadomość faktu użyteczności własnej pracy i pełnionej roli zawodowej może przyczynić się do poczucia spełnienia i dowartościowania samego siebie. Poczucie bycia potrzebnym dla kogoś może dać człowiekowi siłę i wolę do dalszego działania, dalszej pracy. Pomaganie innym ludziom dla niektórych staje się sensem życia i źródłem satysfakcji, nie tylko zawodowej, ale i życiowej. Podobnie jest z wdzięcznością pacjentów i obserwowaniem ich powrotu do zdrowia. Lekarz może odczuwać satysfakcję na skutek okazywanego przez pacjenta szacunku względem swojej osoby oraz wówczas, gdy pacjent stosuje się do zaleceń lekarza, współpracuje z nim i aktywnie włącza się proces leczenia.

Poszczególne elementy roli zawodowej również mogą dawać lekarzowi satysfakcję z pracy. Sam status społeczny oraz autorytet lekarza stanowią czynnik prestiżu i dodatnio wpływają na zadowolenie z pracy. Także osobiste kontakty z pacjentami, duże możliwości rozwoju zawodowego i samorealizacji oraz techniczne aspekty pracy (to jest dobre wykonywanie pracy, pokonywanie codziennych trudności) nie są bez znaczenia. Droga zawodowa lekarza obejmuje ciągły proces uczenia się, doskonalenia zawodowego i nieustanne uzupełnianie i aktualizowanie nabytej wiedzy. Zawód lekarza należy też do wolnych profesji. Dzięki temu lekarze mogą czuć się niezależni i mają autonomię zawodową. Poczucie takiej zawodowej „wolności” także daje satysfakcję i zadowolenie z wykonywanej pracy.

W pracy lekarza występują też czynniki, które mogą negatywnie wpływać na poczucie zawodowej satysfakcji. Do nich zaliczyć możemy chociażby rozbieżność pomiędzy umiejętnościami charakteru zawodowego, a płacami, jakie oferowane są w służbie zdrowia. Często zbyt niskie zarobki stają się źródłem frustracji i niespełnienia zawodowego. Dzieje się tak, ponieważ wysokość dochodu determinuje niejako status społeczny, a ten z kolei wpływa na zadowolenie zawodowe. Lekarze muszą także zmagać się z szeregiem ograniczeń formalnych, administracyjnych. Wszystkie

---

<sup>67</sup> Tamże, s. 82.

te odgórne dyrektywy ograniczają zakres pracy lekarza i powodują jego „zniewolenie”. Wówczas może rodzić się poczucie sprzeczności pomiędzy własnym zachowaniem zawodowym, a postrzeganiem roli zawodowej, którą powinno się spełniać. Za sprawą tych czynników rodzi się w jednostce stres, który z kolei nie wpływa pozytywnie na satysfakcję zawodową.

Jak widzimy, satysfakcja zawodowa stanowi niejako konglomerat różnych zmiennych, które wzajemnie na siebie wpływają, potęgując lub osłabiając ową satysfakcję. Warto też zaznaczyć, iż wiele czynników, które odnoszą się do zawodu lekarza, są właściwe także w przypadku pracowników innych sektorów i specjalności.<sup>68</sup>

### 2.4.3. Stosunki między współpracownikami i relacje ze środowiskiem pracy

Aktywność społeczna jest niezbędnym warunkiem uczestnictwa w życiu zawodowym. Istotą owej aktywności jest czynne wchodzenie w otoczenie innych jednostek. Wymaga to udziału co najmniej dwóch podmiotów. Mogą to być osoby, grupy, instytucje.

Współdziałanie w grupie zawodowej związane z przełamywaniem barier interpersonalnych nosi nazwę transgresji społecznej.<sup>69</sup> Z ową transgresją związane są wskaźniki aktywnego uczestnictwa w życiu zawodowym i zaliczamy do nich następujące:

- Czas trwania interakcji zawodowych z innymi osobami;
- Częstotliwość interakcji zawodowych;
- Różnorodność form interakcji zawodowych;
- Ilość aktów zachowań zawodowych;
- Wielkość wkładu pracy zawodowej;
- Aktywna przynależność do grup i organizacji zawodowych;
- Jakość i ilość pełnionych ról zawodowych.<sup>70</sup>

Aktywne uczestnictwo w życiu zawodowym, zwłaszcza związane z działaniem grupowym (zespołowym) wymusza dwie podstawowe formy aktywności i są to współdziałanie (współpraca) oraz konflikt (rywalizacja). Obie te formy występują także w pracy zawodowej lekarza i mają wpływ na stosunki międzypracownicze, dlatego też zostaną omówione poniżej.

Współdziałanie i współpraca:

Współdziałanie to *powszechna forma pozytywnych interakcji społecznych (zawodowych), na którą składają się różnorodne zachowania i działania konkretnych podmiotów społecznych [...] posiadających współzależne cele, wartości, interesy.*<sup>71</sup> Podsta-

<sup>68</sup> Makarczuk A., *Zawód w ujęciu socjologicznym*, Wydawnictwo Akademii Nauk Społecznych, Warszawa 1986, s. 89.

<sup>69</sup> J. Borkowski, *Socjologia i psychologia społeczna. Zarys wykładu*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistycznej im. Aleksandra Gieysztora w Pułtusk, Pułtusk 2003, s. 235.

<sup>70</sup> Tamże.

<sup>71</sup> Tamże, s. 235–236.

wową istotą współdziałania jest wspólne dążenie do wyznaczonych celów, których samodzielne osiągnięcie byłoby trudne, bądź niemożliwe do wykonania.

Współpraca, aby była skuteczna posiada również wymóg wcześniejszych wspólnych doświadczeń. Wśród innych jej cech wyróżniamy ponadto:

- *Tożsamość [...] celów indywidualnych i grupowych;*
- *Wspólnota celów zasadniczych [...];*
- *Konieczność [...] podporządkowania potrzeb osobistych potrzebom grupowym;*
- *Identyfikacja osób współpracujących z grupą;*
- *Ograniczenie swobody indywidualnej;*
- *Precyzyjny podział zadań [...];*
- *Jasno określone prawa i obowiązki poszczególnych osób;*
- *Sprawdzone zasady zależności [...];*
- *Określone zasady i sankcje gwarantujące korzyści [...];*
- *Pomaganie sobie nawzajem;*
- *Znajomość wzajemna i zaufanie.*<sup>72</sup>

Pomioty ze sobą współpracujące, lekarze pracujący zespołowo, powinni ponadto zwracać baczną uwagę na efektywność ich relacji, po to, aby ich działanie miało sens. Jan Borkowski zwraca uwagę, iż współpracę zawodową można uznać za korzystną wówczas, gdy jest:

- *Trafnie planowana;*
- *Właściwie organizowana;*
- *Odpowiednio motywowana;*
- *Selektywnie kontrolowana;*
- *Dobrze koordynowana (kierowana).*<sup>73</sup>

Należy przy tym pamiętać, że współpraca odbywająca się w ramach ściśle zorganizowanych struktur, jakimi bez wątpienia są szpitale, które mają tendencję do biurokratyzowania. Środkiem zaradczym na to może być motywowanie do wykonywania zadań o charakterze twórczym. Duża rola leży tu także po stronie ordynatora oddziału oraz dyrektora szpitala, którzy powinni zadbać o wytworzenie przyjaznej atmosfery pracy, ograniczyć stres zawodowy lekarzy oraz budować pozytywne więzi emocjonalne między współpracującymi lekarzami i personelem niższym. Ordynator zabiegający o współpracę zespołową lekarzy, powinien również zatroszczyć się o równe traktowanie wszystkich pracowników, o sprawiedliwy podział pracy i związanymi z tym korzyściami bądź negatywnymi sankcjami. Proporcjonalność i sprawiedliwość pomoże wówczas zapobiec dezintegracji zespołowej lekarzy. Jednak codzienna praca pokazuje, iż nie można uciec od konfliktów i nieporozumień. Są one stałym elementem sceny zawodowej, także w pracy lekarza. Jeśli tylko potrafią być odpowiednio kontrolowane i twórczo rozwiązywane, mogą dać pozytywne skutki, na przykład ożywić codzienną rutynę zawodową, rozwijać

---

<sup>72</sup> Tamże.

<sup>73</sup> Tamże, s. 237.



relacje między lekarzami i pozostałym personelem. Jednak konflikty bywają także niebezpieczne. Mogą bowiem zdominować interakcje lekarzy, skutkiem czego będzie dekompozycja zespołowa i obniżenie efektywności pracy. Wewnętrzne konflikty mają swoje negatywne skutki zwłaszcza, jeśli rozgrywają się wewnątrz małych struktur społecznych, a do takich niewątpliwie należy określony oddział w szpitalu. Tu zdecydowanie korzystniejsze dla współpracy są współdziałanie, pozytywna atmosfera pracy oraz rywalizacja, która nie jest tożsama z konfliktem.

W literaturze spotkać można bardzo wiele różnych typologii współpracy i współdziałania. Są one tworzone w oparciu o różnorodne kryteria podziału. Niżej zostanie zaprezentowany jeden z nich, który wyróżnia rodzaj współpracy ze względu na liczbę kooperujących uczestników. Jest to zatem:

- *Współpraca interpersonalna (między kilkoma osobami);*
- *Współpraca między jednostką i grupą [...];*
- *Współpraca międzygrupowa [...];*
- *Współpraca między instytucjami społecznymi, organizacjami.*<sup>74</sup>

Z punktu widzenia relacji zawodowych wśród lekarzy pracujących na oddziale, to może być to zarówno współpraca między kilkoma osobami (kilkoma lekarzami), między jedną osobą a grupą (ordynatorem oddziału a grupą lekarzy) oraz między różnymi grupami (na przykład grupą lekarzy i grupą pielęgniarek).

Ponadto możemy wyróżnić współpracę dwustronną, trójstronną i wielostronną oraz współpracę o podłożu formalnym i nieformalnym.<sup>75</sup>

Zespół jako forma współpracy:

Praca zespołowa jest formą najbardziej dojrzałej współpracy. Spotkać ją można w przypadku wielu zawodów, między innymi lekarza. Aby mógł on efektywnie pracować, musi współdziałać w zespole składającym się z innych lekarzy oraz personelu niższego. Zespół zawodowy stanowi pewną odmianę grupy społecznej, w obrębie której jednostki odgrywają odpowiednie role społeczne. Do podstawowych wartości zespołu zawodowego zaliczyć można:

- Posiadanie precyzyjnie określonych zadań, celów, praw i obowiązków;
- Obecność członkostwa personalnego;
- Wysokie kompetencje członków;
- Wysoką motywację członków do bycia w zespole;
- Obecność autorytetu (w postaci kierownika zespołu) i umiejętność podporządkowania się członków do decyzji przywódcy (w przypadku zawodu lekarza, kierownictwem będzie na przykład ordynator oddziału);
- Zorganizowana współpraca;
- Zdolność do konkurowania z innymi grupami, zespołami;
- Skuteczność i efektywność wykonywanych zadań.<sup>76</sup>

---

<sup>74</sup> Tamże, s. 238.

<sup>75</sup> Tamże.

<sup>76</sup> Tamże.

Kluczowym wyznacznikiem poprawnie zorganizowanego i dobrze dobrane-  
go zespołu jest przejawiające się u członków poczucie wspólnoty. Objawia się ono  
w następujących wymiarach:

- Tożsamość celów;
- Jedność wartości;
- Jasno określone normy działania i zachowania;
- Znajomość i wzajemna sympatia;
- Bezinteresowne pomaganie sobie;
- Odruchowe zastępowanie i uzupełnianie siebie;
- Skłonność do poświęćcia się;
- Ofiarność;
- Żywotność;
- Zdolność do długotrwałego istnienia;
- Umiejętność formułowania kolejnych ambitnych celów oraz ich osiągnięcia.<sup>77</sup>

Dojrzały zespół powinien być przede wszystkim skuteczny, zwłaszcza w sytu-  
acjach trudnych, stresowych i nieprzewidywalnych. Cecha ta odnosi się zwłaszcza  
do zespołu zawodowego lekarzy, ponieważ od ich efektywnego współdziałania zale-  
ży ludzkie zdrowie i życie. Struktura relacji w zespole zawodowym lekarzy powinna  
być zatem funkcjonalna i spójna. Wystrzegać należy się jednak zjawisk niebezpiecz-  
nych, do jakich należy konformizm grupowy i brak indywidualnej kreatywności.  
Zdecydowanie negatywnym rodzajem zachowania w zespole zawodowym leka-  
rzy jest syndrom myślenia grupowego, który może prowadzić do niebezpiecznych  
skutków.<sup>78</sup> Lekarze, którzy kierują się jedynie opinią kierownika (ordynatora od-  
działu) mogą popaść w pułapkę polegającą na nie dociekaniu przyczyn danej cho-  
roby, nie analizowaniu zleconych badań, odrzucaniu trafnych spostrzeżeń innych  
ekspertów, ponieważ kierownik postawił określoną diagnozę. Skutkiem tego bę-  
dzie apatia zawodowa, niemożność samodzielnego podejmowania decyzji, bezre-  
fleksyjna jednomyślność.

Cechą dobrze zorganizowanego zespołu zawodowego jest również ograniczo-  
na liczebność. Z tego względu oddziały medyczne zwykle liczą po kilku lub kilku-  
nastu lekarzy. Zbyt duża liczebność zespołu utrudnia współdziałanie, przyczynia  
się do rozluźnienia więzi łączących współpracowników, powoduje spadek skutecz-  
ności działania.

Proces przekształcania lekarzy pracujących na danym oddziale w zespół zawo-  
dowy jest procesem trudnym i długotrwałym. Wymaga on odpowiedniego kie-  
rownictwa i silnej motywacji członków do stania się owym zespołem. Proces prze-  
kształcania grupy zawodowej w zespół posiada kilka etapów:

- Etap I: utworzenie zespołu (określenie składu zespołu, wyznaczenie celów dzia-  
łania, określenie ról poszczególnych członków);

---

<sup>77</sup> Tamże, s. 239.

<sup>78</sup> Tamże.

- Etap II: dopasowywanie zespołu (okazywanie przez członków swoich oczekiwań, mocnych stron oraz słabości, objawianie się konfliktów i dysfunkcji organizacyjnych, pojawienie się objawów rywalizacji członkowskiej o wpływy i pozycję w zespole);
- Etap III: normalizowanie się relacji zespołowych (zgodność między członkami co do celów i zasad działania, kształtowanie się trwałych i obowiązujących norm wzajemnej współpracy);
- Etap IV: osiągnięcie dojrzałości zespołowej (uzupełnianie się wzajemnie członków zespołu w wykonywanych zadaniach, elastyczny podział obowiązków i ról zawodowych, wysoki poziom integracji zespołowej, umiejętność rozwiązywania trudnych sytuacji, umiejętność wykorzystania potencjału indywidualnego członków, dynamika i skuteczność pracy zawodowej).<sup>79</sup>

Duża rola w kształtowaniu zespołu zawodowego lekarzy leży po stronie ordynatora oddziału. Jako kierownik może on zarówno wspomagać integrację zespołową lekarzy, jak i ją zakłócać i opóźniać. Aby sprzyjać powstaniu efektywnego zespołu zawodowego lekarzy, ordynator powinien działać w sposób ściśle zorganizowany, systematyczny, intencjonalny i metodyczny. Powinien obserwować jak poszczególni lekarze radzą sobie w wypełnianiu powierzonych im ról i w razie problemów interweniować. Ordynator powinien także motywować lekarzy do pracy zawodowej i wpajać im normy postępowania zawodowego.

M. Belbin jest zdania, że w dobrze zorganizowanym zespole powinien zostać rozdzielony podział ról indywidualnych pomiędzy członków zespołu. Wyróżnia on osiem podstawowych ról zespołowych i są to następujące:

- Koordynator – osoba kierująca zespołem, organizująca współpracę, będąca dla innych autorytetem, główna dominanta grupy zawodowej. W zespole zawodowym lekarzy będzie to ordynator oddziału;
- Lokomotywa – osoba wzmagająca rywalizację zespołową, motywująca innych do pracy, posiadająca wysoką potrzebę osiągnięć, wywołująca konflikty, postępująca dynamicznie;
- Myśliciel – osoba błyskotliwa, kreatywna, nowatorska, niekonformistyczna, proponująca właściwe rozwiązania;
- Krytyk wartościujący – osoba odznaczająca się analitycznym umysłem i wysoką inteligencją oraz doświadczeniem zawodowym;
- Poszukiwacz źródeł – osoba uzdolniona interpersonalnie (towarzyska, otwarta, komunikatywna), lubiana przez otoczenie pracy, planująca strategię;
- Skrupulatny wykonawca – osoba sumienna, pracowita, systematyczna, obowiązkowa, motywująca innych do pracy, ciesząca się uznaniem zespołu;
- Dusza zespołu – osoba nie lubiąca dominować nad grupą, ciesząca się sympatią współpracowników, potęgująca współpracę i ograniczająca konflikty zespołowe, przedkładająca cele zawodowe ponad własne interesy osobiste;

---

<sup>79</sup> Tamże.

- Realizator – osoba wykonująca zadania zawodowe w zespole, zorganizowana zawodowo, ceniąca rutynę zawodową, umiar, równowagę, kontrolę.<sup>80</sup>

Zdaniem Hannowaya i Hunta istnieją przesłanki świadczące o tym, że dany zespół zawodowy działa w sposób efektywny. Spostrzeżenia te można także wykorzystać w pracy zespołowej lekarzy. Do przesłanek tych badacze zaliczyli:

- *Jedność celów;*
- *Dobrze zdefiniowany zakres indywidualnej odpowiedzialności;*
- *Uzgodnione kryteria i normy pomiaru wyników;*
- *Jedność ról członków zespołu;*
- *Otwartość i zaufanie interpersonalne;*
- *Wzajemne wsparcie i życzliwość;*
- *Elastyczna, tolerancyjna i innowacyjna współpraca;*
- *Uzgodnione skuteczne zasady i procedury postępowania;*
- *Nowoczesne metody działania;*
- *Skuteczny styl przywództwa [...];*
- *Skuteczne podejmowanie decyzji [...];*
- *Sprawne komunikowanie się [...];*
- *Inicjowanie konstruktywnych konfliktów oraz ich rozwiązywanie bez porażek;*
- *Zapewnianie wszystkim członkom zespołu możliwości indywidualnego rozwoju;*
- *Podejmowanie relacji z innymi zespołami.*<sup>81</sup>

Hipoteza kontaktu międzygrupowego:

W pierwszych wersjach, hipoteza ta koncentrowała się przede wszystkim na elementach, które wpływają na sytuację kontaktu oraz na ich wpływie na postawy członków zespołu. Celem tej hipotezy było podówcześnie poprawienie relacji, a nie badanie przyczyn wrogich stosunków, jak również zmiana postaw indywidualnych jednostek i grupy, nie zaś relacji między całymi zespołami.<sup>82</sup>

Pierwsza wersja hipotezy kontaktu międzygrupowego koncentrowała się na czterech głównych czynnikach:

- Interakcji opartej na współpracy – zdaniem badaczy współpraca międzygrupowa przyczynia się do poprawy wzajemnych relacji między zespołami. Dzieje się tak zwłaszcza w sytuacji, gdy wspólnie podejmowane zadania prowadzą do sukcesu, zostają podjęte działania zapobiegające negatywnym skutkom zróżnicowanego poziomu umiejętności między uczestnikami, gdy grupy współpracujące ze sobą cechuje posiadanie podobnych postaw oraz wówczas, gdy podział na grupy zadaniowe nie powoduje zwiększenia wyrazistości kategorii społecznych;
- Równym statusie uczestników interakcji – fakt ten w korzystny sposób wpływa na sposób, w jaki postrzegają siebie nawzajem przedstawiciele różnych zespołów.

<sup>80</sup> Tamże, s. 240–241.

<sup>81</sup> C. Hannaway, G. Hunt, *Umiejętności menadżerskie*, Wydawnictwo Kopia, Warszawa 1994, s. 55–56.

<sup>82</sup> W.G. Stephan, C.W. Stephan, *Wywieranie wpływu przez grupy. Psychologia relacji*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 1999, s. 72.

Sytuacja taka jest jednak trudna do osiągnięcia ze względu na silny stopień zróżnicowania w społeczeństwie. Można natomiast wprowadzić różną pozycję zespołów w ramach danej sytuacji zawodowej w miejscu pracy. W przypadku lekarzy może być to przykładowo wprowadzenie równych relacji między jednostkami odgrywającymi te same role zawodowe i posiadają to samo stanowisko pracy;

- Kontaktcie zindywidualizowanym – uczestnicy grup ze sobą się kontaktujących powinni mieć możliwość indywidualnego poznania się. To da im możliwość wyrobienia sobie zdania o poszczególnych jednostkach, o ich zachowaniach oraz odłoży na dalszy plan czynnik związany z kategoriami społecznymi. Należy tu pamiętać o wyzbyciu się podejścia stereotypowego oraz o okazywaniu konsekwencji w swoim działaniu. Warto także zaznaczyć, iż z badań wynika, że należy wspierać bardziej kontakty interpersonalne niż międzygrupowe, ponieważ warunki kontaktu indywidualnego sprzyja pozytywnym relacjom międzygrupowym. Przynależność do określonej kategorii społecznej okazało się mniej efektywne w podejściu do relacji międzyzespołowych;
- Oficjalnym poparciem dla kontaktu – wsparcie autorytetów, osób znaczących, ekspertów sprzyja efektywności kontaktów międzygrupowych. Kontakt ten zostaje natomiast osłabiony wówczas, gdy kontakt grup został narzucony w sposób odgórny i przymusowy (na przykład przez kierownictwo). Pozytywne relacje międzygrupowe mogą być także kształtowane bez wsparcia osób znaczących, a przykładowo za sprawą przyjaźni, solidarności zawodowej, chęci współpracy.<sup>83</sup>

Badacze byli zdania, iż gdyby w wyżej opisanych warunkach doprowadzić do kontaktu członków różnych grup zadaniowych w pracy, to doprowadziłoby to do zdecydowanej poprawy relacji międzygrupowych.

Hipoteza kontaktu międzygrupowego posiadała (już w pierwszych fazach jej stworzenia) określony model teoretyczny, choć z założenia nie miała być teorią, a jedynie wskazówką dla poprawy interakcji międzygrupowej. Z czasem jednak hipoteza ta ulegała doskonaleniu i rozbudowie.

Druga faza rozwoju hipotezy kontaktu międzygrupowego zakładała, iż należy uwzględnić dodatkowe czynniki, które wpływają na relacje międzyzespołowe. Do czynników tych zostały zaliczone następujące:

- Czynniki społeczne – to przede wszystkim zwrócenie uwagi na szerszy kontekst społeczny (nie tylko na samą sytuację kontaktu). Będzie to wyeliminowanie stereotypów społecznych, zwracanie uwagi na pozytywne normy i postawy dotyczące kontaktu międzygrupowego, poprawne odgrywanie ról zawodowych, przywiązywanie mniejszej wagi do różnic kulturowych między grupami ze sobą współpracującymi;
- Czynniki indywidualne związane z osobistymi cechami uczestników interakcji – będą to przede wszystkim zmienne demograficzne, określone cechy osobowości, poziom umiejętności i kompetencji zadaniowych;

---

<sup>83</sup> Tamże, s. 72–77.

- Czynniki pośredniczące – są to wszelkie procesy zachodzące w sferze poznawczej, emocjonalnej i behawioralnej, które pojawiają się podczas kontaktu grupowego. Badacze wyróżniają wśród tych czynników następujące: likwidacja stereotypów, zakwestionowanie różnic między zespołami, dążenie do wypracowania spójności zespołowej, kształtowanie pozytywnych postaw wobec indywidualnych członków, a następnie przeniesienie ich na grupę jako całość, kojarzenie uczuć pozytywnych z przedstawicielami obcych grup, wygaszanie negatywnych doznań i emocji wobec innych grup z którymi się współpracuje, dążenie do powstania sytuacji zależności od członków obcej grupy, naśladowanie postaw pozabawionych uprzedzeń.<sup>84</sup>

Czynniki indywidualne obejmują:

- *Zmienne demograficzne;*
- *Cechy osobowości;*
- *Uprzedzenia, stereotypy, przekonania.*<sup>85</sup>

Wszystkie wyżej wymienione czynniki powodują określone efekty, które możemy podzielić na te dotyczące jednostki oraz dotyczące sytuacji społecznej. Pierwsze z nich obejmują przede wszystkim zachowania, przekonania oraz reakcje emocjonalne jednostki. Natomiast efekty społeczne dotyczą zmian w relacjach między poszczególnymi grupami i należą do nich *zmiany postawach wyrażanych publicznie [...], zmiany norm społecznych [...]* oraz *przemiany dotyczące ekonomicznego lub politycznego statusu każdej z grup.*<sup>86</sup>

Wyżej opisany model teoretyczny ma swoje zastosowanie zarówno praktyczne, jak i empiryczne. Z pierwszego punktu widzenia, model ten wskazuje na czynniki, które sprzyjają poprawie relacji międzygrupowych. Natomiast z empirycznej strony, model pokazuje interakcję między poszczególnymi czynnikami oraz wyróżnia istniejące związki przyczynowe między nimi.<sup>87</sup>

Konflikty społeczne:

Konflikt można rozumieć w sposób szeroki i wąski. Pierwsze podejście definiuje sytuację konfliktową jako *wszelkie antagonizmy, jakie dzielą i łączą, różnią i wiążą określone podmioty [...]*.<sup>88</sup> Podejście wąskie natomiast określa konflikt jako *konkretną sprzeczność występującą między co najmniej dwoma stronami społecznymi w dziedzinie życia społecznego (tu: zawodowego).*<sup>89</sup>

W literaturze spotkać można wiele różnych definicji i koncepcji teoretycznych pojęcia konflikt. J. Szczepański definiuje konflikt jako *proces, który wyraża się w formie dążenia jednostki lub grupy do osiągnięcia własnych celów [...]* drogą wyeliminowania

<sup>84</sup> Tamże, s. 78–80.

<sup>85</sup> Tamże.

<sup>86</sup> Tamże.

<sup>87</sup> Tamże, s. 81–82.

<sup>88</sup> J. Borkowski, *Socjologia i psychologia społeczna. Zarys wykładu*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistycznej im. Aleksandra Gieysztora w Pułtusku, Pułtusk 2003, s. 242.

<sup>89</sup> Tamże.



wania, podporządkowania sobie lub zniszczenia jednostek, grup dążących do celów podobnych lub takich samych.<sup>90</sup> Natomiast uznany znawca tej tematyki, J. Mucha, uważa, że treścią konfliktów są wszelkie zachowania i oparte na nich stosunki, mające na celu realizację interesów danej grupy, których osiągnięcie utrudnia działanie innych grup.<sup>91</sup>

W zespole zawodowym mogą zdarzyć się również różne formy konfliktów. Jeśli są one kierowane i odpowiednio wykorzystywane mogą pozytywnie wpłynąć na pracę zespołową i przyczynić się do motywowania pracowników. Jednak jeśli ulegają kumulacji mogą doprowadzić do dezintegracji i powodować spadek efektywności pracy zawodowej.

#### 2.4.4. Warunki i miejsce pracy lekarzy

Pojęcie instytucji na gruncie nauk społecznych jest rozumiane w sposób niejednoznaczny. Jednak pojęcie instytucji niezmiennie pojmowane jest w kategoriach podstawy porządku społecznego i w tym też znaczeniu pojęcie to odnosi się również do szeregu instytucji o charakterze medycznym.

*Instytucje to celowo powołane lub spontanicznie ukształtowane urządzenia społeczne, wyposażone w materialne i niematerialne środki działania, na których opiera się wykonywanie specjalistycznych czynności integrujących dążenia ludzi, regulujących zachowania i zaspokajających określone potrzeby społeczne.*<sup>92</sup>

W literaturze spotkać możemy ogromną ilość różnorodnych ujęć pojęcia instytucji. W związku z tym faktem, możemy wyróżnić następujące sposoby ujmowania instytucji przez różnych autorów:

- Ujęcie behawioralne: instytucja jako zorganizowany sposób robienia czegoś;
- Ujęcie aksjologiczno-normatywne: instytucja jako konglomerat powiązanych reguł i wartości;
- Ujęcie funkcjonalne: instytucja jako miejsce utożsamiane z rolą społeczną;
- Ujęcie organizacyjne: instytucja jako organizacja i zarządzanie;
- Ujęcie formalnoprawne: instytucja jako obiekt społeczny, który jest powołany oraz sankcjonowany przez organy państwa, które to nakładają na instytucję normy działania i sankcje.<sup>93</sup>

Natomiast współczesna literatura wyróżnia trzy rodzaje ujmowania instytucji społecznych:

<sup>90</sup> J. Szczepański, *Elementarne pojęcia socjologii*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1972, s. 484.

<sup>91</sup> J. Mucha, *Konflikt i społeczeństwo: z problematyki konfliktu społecznego we współczesnych teoriach zachodnich*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1978, s. 25, W: J. Borkowski, *Socjologia i psychologia społeczna. Zarys wykładu*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistycznej im. Aleksandra Gieysztorą w Puławach, Puławy 2003, s. 243.

<sup>92</sup> B. Tobiasz-Adamczyk, *Relacje lekarz–pacjent w perspektywie socjologii medycyny*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002, s. 109.

<sup>93</sup> Tamże.



- Instytucja jako podstawa ładu społecznego: w tym ujęciu instytucja traktowana jest jako miejsce, gdzie następuje powtarzanie utrwalonych wzorów zachowań, reguł i norm;
- Instytucja jako typ działalności: w tym ujęciu instytucja traktowana jest jako miejsce, gdzie następuje zaspokojenie potrzeb danej jednostki bądź zbiorowości;
- Instytucja jako forma organizacji społecznej: w tym ujęciu instytucja traktowana jest jako miejsce, które charakteryzuje się wyraźnym porządkiem, który to ma wpływać na zachowania ludzi i podporządkowywać ich działanie określonym rytuałom społecznym.<sup>94</sup>

Czynniki, które określają każdą instytucję społeczną, w tym także medyczną, to:

- „Karta instytucji”;
- Personel;
- Normy;
- Substrat materialny;
- Działalność;
- Pełnione funkcje.<sup>95</sup>

Ponadto, każda instytucja wyposażona jest w takie komponenty jak:

- Cele, funkcje i prawa;
- Czynności niezbędne do realizacji celów danej instytucji;
- Środki materialne, urządzenia niezbędne do realizacji działań danej instytucji;
- Sankcje.<sup>96</sup>

To czy dana instytucja wywiązuje się ze swoich funkcji, warunkuje jej dalsze działanie. Dlatego tak ważna jest funkcjonalność instytucji społecznych, która zależy od:

- Określenia zakresu w jakim mają być wykonywane czynności;
- Odpowiedniego rozdzielenia pracy;
- Umiejętności uniezależnienia czynności instytucjonalnych od osobistych dążeń i celów;
- Zaufanie społecznego danej instytucji;
- Umiejętności włączenia własnej instytucji w system kontaktów z innymi instytucjami społecznymi.<sup>97</sup>

Szpital jako podstawowe miejsce pracy lekarza, także jest instytucją społeczną, a zarazem organizacją formalną. W związku z tym, do instytucji szpitala odnieść możemy wszystkie czynniki i cechy, które zostały wymienione powyżej.

Szpital jako organizacja formalna wymaga *ustalenia zasad, oczekiwanych sposobów działania oraz sposobów koordynacji działań i sposobu przedstawiania ich w formie opisu słownego, graficznego lub symbolicznego, co oznacza, że zasady postępowania*

---

<sup>94</sup> Tamże, s. 109–110.

<sup>95</sup> Tamże, s. 110.

<sup>96</sup> Tamże, s. 111.

<sup>97</sup> Tamże.

*nia odnoszą się nie tylko do ludzi, ale także do środków materialnych, technicznych niezbędnych do realizowania celu, dla którego organizacja została powołana.*<sup>98</sup>

Organizacja formalna jaką jest szpital w swym założeniu jest instytucją bezosobową i racjonalną. Posiada określone grupy formalne pracowników, które zostały powołane w sposób administracyjny. W takiej organizacji szczegółowe przepisy odgórne regulują wszystkie działania pracowników, z których są oni regularnie rozliczani i względem których podlegają formalnej kontroli. W szpitalu jako organizacji formalnej występuje cały szereg zależności różnego typu i rodzaju. Odnoszą się one przede wszystkim do relacji pomiędzy współpracownikami. Mogą to być zależności w grupach pracowniczych z różnych specjalności, na przykład między lekarzem, a pielęgniarką, bądź też zależności wynikające z odmiennych stanowisk wewnątrz jednej grupy zawodowej, na przykład pomiędzy szeregowym lekarzem, a ordynatorem określonego oddziału.

Struktura medycyny jako dziedziny ściśle sformalizowanej posiada określone cechy ją wyróżniające i określające ją mianem instytucji formalnej. Do cech tych możemy zaliczyć:

- Rzeczowy charakter więzi społecznej;
- Określone cele i wartości narzucone przez instytucję;
- Spójna organizacja pracy i podział obowiązków zawodowych;
- Określone przywództwo wybrane odgórnie;
- Schematy organizacyjne decydujące o stosunkach zależności;
- Hierarchiczny układ pozycji zawodowych;
- Zadania ściśle określone i odgórnie narzucone;
- Określony sposób komunikacji służbowej;
- Regulaminy, z których wynikają określone normy postępowania zawodowego;
- Formalnoprawne sankcje i kary zawodowe.<sup>99</sup>

Na podstawie powyższych cech, szpital może być ujmowany na cztery różne sposoby, w zależności od rozpatrywanej kwestii. Są to następujące ujęcia:

- Szpital jako *organizacja formalna*;
- Szpital jako *instytucja społeczna*;
- Szpital jako *system autorytetów profesjonalnych*;
- Szpital jako *konflikt między systemami autorytetów*.<sup>100</sup>

Biorąc pod uwagę powyższe ujęcia, przez niektórych teoretyków, szpital określany jest mianem instytucji totalnej, która charakteryzuje się występowaniem określonych odgórnych form oraz wyraźnym i ściśle sprecyzowanym porządkiem społecznym. Zadaniem takiej instytucji jest podporządkowanie zachowania ludzi określonym normom i regułom, które zazwyczaj są ustalane w sposób odgórny, na szczeblu administracyjnym. Instytucje totalne uznawane są za instrument wy-

<sup>98</sup> Tamże, s. 112.

<sup>99</sup> Tamże, s. 112–113.

<sup>100</sup> Tamże, s. 113.

wierania nacisku ze strony społeczeństwa bądź państwa na indywidualne jednostki i ich działanie. Wpływ ten odbija niekorzystnie nie tylko na pacjentach, ale także, a może nawet przede wszystkim, na lekarzach oraz ich postawach zawodowych kształtowanych na podstawie warunków i miejsca pracy.

Powszechny w literaturze jest pogląd, iż szpital należy do jednych z najbardziej sformalizowanych i zhierarchizowanych instytucji. W szpitalu ma miejsce ścisły podział obowiązków, ścisła struktura pracy zawodowej, konieczność podporządkowania się autorytetom, obowiązek formalnej komunikacji oraz system kontroli wewnętrznej. Wszystkie te elementy nie wpływają w sposób zadowalający na wytworzeniu się pozytywnej postawy zawodowej wśród lekarzy. Sprzyjają temu również częste konflikty międzypracownicze wynikające ze spotkania się w jednym miejscu różnych systemów wartości.

Szpital jest także systemem określającym pozycje i role zawodowe poszczególnych pracowników. Pozycje te mają swoją ścisłą hierarchię i są zróżnicowane w zależności od poziomu wykształcenia, doświadczenia zawodowego oraz rodzaju wykonywanej funkcji. W tak pojętym systemie, każdy z lekarzy pełni odrębną funkcję, a co za tym idzie ma inną rolę zawodową do spełnienia, czyli będzie wykazywał inną postawę zawodową względem swojej profesji.

Występuje także pewna zależność między postawą zawodową lekarza, a efektywnością działania szpitala. Oczywisty jest fakt, iż nie zawsze dobre funkcjonowanie szpitala będzie powodowało wytworzenie się pozytywnej postawy zawodowej lekarza, nie mniej jednak, jest to jeden z czynników, które mogą przyczynić się do osiągnięcia zawodowej satysfakcji przez lekarza. Talcot Parsons wyróżnia pięć zmiennych, które wpływają na efektywność działania szpitala i są to:

- Określone wymagania stawiane lekarzom;
- Identyfikacja pracowników – lekarzy z celami instytucji – szpitala;
- Wspólność działań między jednostkami danego zespołu lekarskiego;
- Presja związana z poprawnym i czasowym wykonaniem określonych działań;
- Poziom zróżnicowania pracy lekarza.<sup>101</sup>

Współczesny szpital spełnia wiele funkcji, które także mogą determinować postawy zawodowe lekarzy. Funkcje te są następujące:

- *Diagnozowanie;*
- *Leczenie;*
- *Pielęgnacja;*
- *Promowanie zdrowia [...];*
- *Edukacja studentów [...];*
- *Prowadzenie badań naukowych.*
- Funkcja prewencyjna;
- Funkcja rehabilitacyjna;
- Funkcja regulacyjna i kontrolna w stosunku do medycyny praktycznej;

---

<sup>101</sup> Tamże, s. 114–115.

- Integracja przedstawicieli różnych profesji medycznych;
- Tworzenie funkcjonalnego zespołu medycznego.<sup>102</sup>

Beata Tobiasz-Adamczyk wyróżnia także tzw. nowe funkcje szpitala. Są to dwie podstawowe:

1. Promocja zdrowia w szpitalu – działalność edukacyjno-wychowawcza szpitala, która ukierunkowana jest na zapobieganie chorobom i promocję zdrowego trybu życia. Lekarze powinni przestrzegać przed zachowaniami antyzdrowotnymi oraz stanowić źródło informacji zdrowotnych dla pacjenta. W świadomości pacjentów szpital powinien funkcjonować jako miejsce informacji zdrowotnej. Program promocji zdrowia realizowany przez szpital powinien obejmować:
  - Edukację zdrowotną;
  - Udzielanie porad zdrowotnych;
  - Prowadzenie programów rehabilitacji;
  - Działanie na rzecz propagowania zdrowego stylu życia wśród społeczeństwa.<sup>103</sup>

Liczne badania wskazują, iż pacjenci posiadający wiedzę medyczną na temat stanu zdrowia bardziej efektywnie współpracują z lekarzem oraz pomagają zespołowi medyczno-terapeutycznemu w lepszym wykonywaniu swoich działań, a tym samym przyczyniają się do szybszego wyjścia z choroby.

Pacjent zostaje przygotowany przez szpital do programów edukacji zdrowotnej na trzech poziomach realizacji działań:

- Przygotowanie na poziomie instytucjonalnym – szpital wdraża programy edukacyjne;
- Przygotowanie na poziomie grup ryzyka – szpital dzieli pacjentów i grupuje je w określone podgrupy posiadające zbliżone cechy społeczno-demograficzne oraz te same warunki i cechy chorobowe;
- Przygotowanie na poziomie indywidualnym pacjenta – szpital za pośrednictwem lekarza nawiązuje bezpośredni kontakt z danym pacjentem.<sup>104</sup>

Poprawna realizacja programów edukacji zdrowotnej powinna obejmować każdy z trzech poziomów. Jednak skuteczność tych programów zależy także od potrzeb pacjentów, strategii postępowania całego szpitala jako instytucji, zamierzonych efektów jakie wyznacza sobie szpital oraz od doświadczenia i zaangażowania w pracę lekarzy.

2. Rehabilitacja kliniczna – proces nastawiony na pacjentów, którzy pomimo opuszczenia szpitala, nadal muszą być poddawani leczeniu ambulatoryjnemu, czyli głównie pacjentów charakteryzujących się występowaniem chorób przewlekłych. Celem tych programów jest umożliwienie pacjentowi powrotu do pełnej sprawności fizycznej, do stanu przed chorobą, jak również poinstruowanie go

<sup>102</sup> Tamże, s. 116.

<sup>103</sup> Tamże, s. 121.

<sup>104</sup> Tamże.

w jaki sposób ma się odżywiać, jakie ćwiczenia stosować, jak dbać o swój stan zdrowia, aby nie dopuścić do nawrotu choroby.<sup>105</sup>

Warto tu zaznaczyć, iż niektóre z wyżej wymienionych funkcji szpitala mogą być realizowane tylko i wyłącznie na jego terenie. Inne natomiast mogą zostać spełnione poza miejscem szpitala bądź za pomocą innych instytucji wspomagających proces leczenia i powrotu do zdrowia.

Sytuacja zdrowotna oraz psychiczna pacjenta w szpitalu pośrednio także wpływa na satysfakcję lekarza z pracy zawodowej, a ta przekłada się na jego postawę zawodową. To, w jaki sposób pacjent „czuje się” w szpitalu zależne jest od uregulowań prawnych, ekonomicznych i normatywnych. Również postawy pacjentów wobec instytucji szpitala, procesu leczenia, własnej choroby warunkują postawy zawodowe lekarzy.

Środowisko szpitalne może przyczynić się do negatywnego wpływu na postawy zawodowe lekarzy. Dzieje się tak między innymi za sprawą „totalności” szpitala oraz występujących w nim napięć. Owe negatywne uczucia lekarzy mogą wynikać z pracy w szpitalu, która charakteryzuje się silnym stresem zawodowym oraz z częstości występowania licznych napięć i konfliktów, które mogą dotyczyć pełnionej roli zawodowej, warunków pracy oraz komunikacji z zespołem zawodowym. Określanie szpitala mianem instytucji totalnej odnosi się do jego charakteru funkcjonowania. Chodzi tu przede wszystkim o odizolowanie od rzeczywistości społecznej zarówno lekarzy, jak i pacjentów, wyznaczanie własnych wzorów postępowania, określanie odpowiedniego rytmu życia i pracy oraz przemożnego wpływu na życie osobiste lekarzy i całego zespołu medycznego. Analogię między instytucją totalną, a szpitalem dostrzegł już E. Goffman. Porównał on szpital psychiatryczny do więzienia, czyli instytucji totalnej i zniewalającej jednostkę zarówno fizycznie, jak i psychicznie. Według Goffmana taki charakter szpitala tworzą jego pracownicy, lekarze. To oni wywierają wpływ na jednostki się w nim znajdujące poddając je ścisłemu reżimowi i izolując od społeczeństwa. Efektem tego jest zniewolenie i zaburzenie tożsamości jednostki skutkujące jeszcze większym pogłębieniem się choroby. W wyniku tego instytucje te zamiast pomagać pacjentom, szkodzą im, czyli nie spełniają swojej wyznaczonej funkcji.<sup>106</sup>

Uważa się, iż większość współcześnie funkcjonujących szpitali bezwzględnie założyło na miano instytucji totalnych. Wystarczy dokładniej przyjrzeć się organizacji samego oddziału. Pacjent, aby mógł opuścić sale chorych, zmuszony jest powiadomić o tym załogę medyczną, jego zachowanie poddane jest ścisłej kontroli i zmuszony jest on dostosować się do szpitalnych reguł zachowania. Pacjent jest pozbawiony prywatności i możliwości nieograniczonych czasowo kontaktów z rodziną. Wszystko to skutkuje depersonalizacją jednostki samego pacjenta, ale także jego relacji z lekarzem. Ten aspekt z kolei wywiera wpływ na lekarza i jego postawę zawodową.

<sup>105</sup> Tamże, s. 120–122.

<sup>106</sup> Tamże, s. 119.

Obecnie nastąpiły pewne zmiany w podejściu instytucji szpitala do osoby pacjenta. Szpitale starają się polepszać organizację i funkcjonalność poszczególnych oddziałów, jednak ich specjalizacja wymusza eliminację niektórych pacjentów z procesu leczenia. Ten wyselekcjonowany charakter szpitali nie wpływa korzystnie na stanowisko pacjentów względem leczenia, ale także może potęgować negatywne postawy lekarzy wobec ich zawodu.

Kolejny czynnik, który ma związek z pracą w szpitalu, i który wywiera wpływ na postawy zawodowe lekarzy to stres zawodowy. Praca pod wpływem odgórných wymogów administracyjnych szpitala potęguje stres zawodowy personelu medycznego. Konieczność poddawania się codziennej dyscyplinie obowiązującej w szpitalu powoduje psychiczny dyskomfort wśród lekarzy. Dochodzi do tego także praca pod wpływem czasu, przymus kierowania się wyznaczonymi środkami finansowymi oraz wykonywanie poszczególnych czynności wręcz na „rozkaz”. Środowisko szpitalne stanowi źródło stresu związanego także z koniecznością nawiązywaniem relacji z szeroko pojętym personelem medycznym. Szpital jako instytucja stanowi określone środowisko wewnętrzne, które jest wyznaczone poprzez nałożone normy postępowania, wartości kulturowe oraz poziom świadczonych usług medycznych. Elementy te nie zawsze są zbieżne z wartościami wyznawanymi przez lekarza, co powoduje powstawanie dysonansu społecznego i wpływa na postawy zawodowe lekarzy. Sam proces wejścia w otoczenie środowiska szpitalnego stanowi dla lekarza źródło stresu, a pierwsze wrażenie miejsca pracy w decydującej mierze warunkuje nastawienie psychiczne do pracy zawodowej. Specyfika pracy w szpitalu polegająca na pojawianiu się ciągle nowych pacjentów także wpływa na kształtowanie się postaw zawodowych lekarzy. Warto tu zaznaczyć, iż proces adaptacji do warunków pracy w szpitalu jest zróżnicowany i może przebiegać odmiennie u każdego lekarza. W sposób negatywny wpływają także na postawy zawodowe lekarzy nieodłączne elementy roli zawodowej, to znaczy świadomość ogromnej odpowiedzialności oraz towarzyszący lekarzom częsty brak pewności co do diagnozy chorobowej pacjenta. Do elementów tych zaliczyć możemy także:

- Konieczność używania ubrań szpitalnych;
- Reżim pracy zarzucony przez organu kierownicze i zarządcze;
- Jedzenie posiłków o określonych porach;
- Szczególnie stresujące wydarzenia zawodowe, takie jak: badanie lekarskie, trudne operacje i zabiegi medyczne;
- Charakter interakcji z pacjentem i jego rodziną;
- Charakter interakcji z personelem medycznym;
- Śmierć pacjenta;
- Brak dostatecznych informacji;
- Stres pacjenta.

Czynniki powyższe mogą powodować frustrację i lęki u lekarzy, co może rzutować na ich postawy zawodowe oraz kondycję biopsychiczną. Tego typu napięcia mogą przyczynić się do pogorszenia stanu emocjonalnego lekarza i braku satysfak-



cji zawodowej. Pomocne w tym zakresie może okazać się wsparcie ze strony środowiska pracy, rodziny, pacjentów.

Elementem, który także wpływa na postawy zawodowe lekarzy jest fakt tego, iż szpital jako miejsce pracy lekarzy jest przedstawicielem medycyny jako instytucji kontroli społecznej. Szpital, w imieniu medycyny, sprawuje określony nadzór nad zjawiskiem zdrowia i choroby, ale także życia, które przeważnie rozpoczyna się i kończy w szpitalu. Kontrolna funkcja szpitala polega na sprawowaniu nadzoru nad chorobom, która w tym wymiarze jest elementem życia społecznego. Kontrola chorób jest konieczna z punktu widzenia ogólnego dobra społecznego i w tym zakresie praca lekarzy jest wręcz nieoceniona. Zjawisko to przyczynia się do ingerencji medycyny, a za jej pośrednictwem szpitala, w większość dziedzin życia społecznego. Profesja lekarza nakłada na obowiązek pracy leczenie także takich osób jak przestępcy seksualni czy zbrodniarze, a to wywiera wpływ na postawy zawodowe lekarzy. Lekarze mają moc orzekania o zachowaniach danej jednostki w kategoriach choroby bądź zbrodni. Często takie obowiązki wymusza na lekarzach ich miejsce pracy. Szpital ma także prerogatywy nakazujące lekarzom przestrzeganie określonych norm o charakterze moralno-etycznym, które mogą znajdować się w sprzeczności z kodeksem etycznym danego lekarza, jednak podejmując pracę w określonej placówce zmuszony jest on do przestrzegania jej reżimów, co odbija się na jego postawach zawodowych.<sup>107</sup>

Obecna dysfunkcjonalność instytucji medycznych także nie jest bez znaczenia dla kształtowania się postaw zawodowych wśród lekarzy. Dysfunkcjonalność oznacza *zakłócenia w realizacji założonych celów instytucji [...]*.<sup>108</sup> Owa dysfunkcjonalność może wynikać z nierównego dostępu do opieki medycznej oraz z kierowania się zyskiem w procesie leczenia. Problem ten rodzi w psychice niektórych lekarzy poczucia niesprawiedliwości i bezzasadności funkcjonalnej oraz wpływa na ich postawy wobec pracy zawodowej. Brak satysfakcji i spełnienia zawodowego oraz konflikt między wyuczoną rolą lekarza a rolą wykonywaną, prowadzić może do frustracji i niechęci wobec wykonywanej pracy zawodowej. Nieodpowiednie przygotowanie do zawodu lekarza, jeszcze podczas trwania studiów medycznych, polegające na ukierunkowywaniu kariery zawodowej lekarzy na proces leczenia zamkniętego oraz zwracanie uwagi na szczególne przypadki chorobowe, zamiast te najbardziej popularne i najczęściej występujące, skutkować może nabyciem późniejszych postaw zawodowych o charakterze negatywnym. Dzieje się tak ponieważ, zastana przez lekarzy sytuacja medyczno-organizacyjno-społeczna w instytucjach medycznych znacząco podbiega od obrazu pracy w szpitalu jaki jest im przedstawiany w trakcie studiów. Dysfunkcjonalność instytucji medycznych wpływająca negatywnie na postawy zawodowe lekarzy może również przejawiać się w błędach organizacyjnych, niedoborach ekonomicznych, braku kontroli celów i funkcji danej

---

<sup>107</sup> Tamże, s. 125.

<sup>108</sup> Tamże, s. 126.



placówki medycznej, braku koordynacji i komunikacji pomiędzy lekarzem i chorym w procesie leczenia, depersonalizacji stosunku pacjent–lekarz.

Podsumowując, należy zaznaczyć, iż trzeba bezwzględnie zwracać szczególną uwagę na dobre funkcjonowanie szpitala i innych placówek leczniczych, ponieważ to, z jakim skutkiem spełniają one swoją rolę oraz jakie warunki pracy oferują, wpływa na postawy zawodowe lekarzy, a tym samym oddziałuje na pacjentów, jako osoby głównie zainteresowane procesem leczenia.



### 3. Metodologia badań<sup>1</sup>

W rozdziale tym zostanie przedstawiony opis metodologiczny przeprowadzonych badań dotyczących postaw lekarzy wobec pracy zawodowej. Opis ma na celu zapoznanie czytelnika z podstawowym przedmiotem i celem badań, postawionymi pytaniami badawczymi, wykorzystanymi metodami i technikami badawczymi oraz z nakreślonym zakresem próby badawczej i zasadami jej doboru. Kolejno zostaną przedstawione informacje dotyczące samych badań: ich miejsca, organizacji i przebiegu, w celu szczegółowego objaśnienia ich charakterystyki. Zamierzeniem jest również przedstawienie inspiracji do podjęcia tematu z pogranicza socjologii medycyny i psychologii społecznej.

Temat pracy z zakresu socjologii pracy i socjologii medycyny został podjęty ze względu na bliskość tych dziedzin w wielu aspektach, głównie postaw lekarzy wobec pracy, co przekłada się na sposób wypełniania przez nich roli zawodowej, a to z kolei wpływa na relacje z pacjentem. Przeprowadzone badania wśród personelu medycznego mogą przyczynić się do głębszego poznania zależności między postawą wobec pracy a zadowoleniem z wykonywanego zawodu. Pomogą także uwidocznić wpływ jaki na proces leczenia mają odpowiednia komunikacja lekarza z pacjentem oraz pozytywne nastawienie lekarza do pracy zawodowej.

#### 3.1. Cel i przedmiot badań

Celem przeprowadzonych badań było zanalizowanie zjawiska postawy wobec pracy i roli zawodowej wśród lekarzy. W tym miejscu uwaga została skupiona głównie na ustaleniu w jaki sposób wykonywana przez lekarzy codzienna praca w ich środowisku zawodowym wpływa na ukształtowane postawy wobec pracy, relacje z pacjentem oraz satysfakcję zawodową. Celem badań była również próba odpowiedzi na pytanie: czy zawód lekarza jest nabytą w procesie kształcenia profesją (za sprawą socjalizacji do roli zawodowej lekarza), czy też stanowi swoisty rodzaj

---

<sup>1</sup> Na podstawie niepublikowanej pracy magisterskiej pt. *Lekarz – zawód, czy powołanie? Postawy lekarzy wobec pracy. Analiza socjologiczna na przykładzie personelu medycznego wybranych szpitali*, obronionej przez autorkę w 2012 r. w Instytucie Socjologii Uniwersytetu Śląskiego (promotor prof. zw. dr hab. K. Wódz).

życiowego posłannictwa zależny od indywidualnych, specyficznych predyspozycji osobowościowych i psychospołecznych. Badania miały także wyjaśnić w jaki sposób kształtuje się postawa zawodowa lekarzy oraz jakie czynniki ją determinują oraz powodują jej zmianę. Celem badań było również przeanalizowanie różnych elementów roli zawodowej lekarza i próba ukazania ich wpływu na stosunek lekarzy do pracy zawodowej. Prowadzone badania miały także potwierdzić bądź odrzucić hipotezę o konieczności kształtowania pozytywnych relacji w kontaktach społecznych między lekarzem i pacjentem co, jak założono, także wpływa na postawy zawodowe lekarzy wobec pracy.

Biorąc pod uwagę powyższe założenia, badania miały posłużyć trzem wyznaczonym celom głównym:

- Cel eksploracji – badania, w swoim założeniu, miały pomóc pozyskać wiedzę na temat zawodu lekarza i związanych z tym uwarunkowań. Badania w tym aspekcie miały na celu „rzucenie światła” na tematykę postaw zawodowych lekarzy. Aby wypełnić ten cel autorka posłużyła się techniką kwestionariusza ankiety;
- Cel opisu – badania, w swoim założeniu, miały pomóc w bardziej szczegółowy sposób przedstawić, a następnie opisać zjawisko postaw zawodowych wśród lekarzy oraz posłużyć do zobrazowania określonych prawidłowości. Aby wypełnić ten cel autorka posłużyła się techniką wywiadu;
- Cel wyjaśnienia – badania stanowiły próbę wyjaśnienia postaw zawodowych lekarzy, wskazania przyczyn określonych zachowań, określonego stosunku do wykonywanej pracy. Zatem badania w tym aspekcie miały za zadanie odpowiedzieć na pytanie „dlaczego lekarze wykazują takie a nie inne postawy wobec swojej pracy”.

Przedmiotem badań była grupa zawodowa lekarzy zatrudniona w dwóch wyznaczonych do badań szpitalach.

### 3.2. Problem badawczy

Głównym problem badawczy, który został poddany analizie, były postawy zawodowe lekarzy oraz czynniki wpływające na powyższe zjawisko, tj. predyspozycje do roli zawodowej, motywacja do pracy, identyfikacja z grupą zawodową.

Drugim problemem badawczym było wskazanie w jaki sposób rozumiany jest zawód lekarza z perspektywy samej grupy badanej, tj. lekarzy.

### 3.3. Pytania badawcze

Pytania badawcze przedstawiały się w sposób następujący:

1. W jaki sposób lekarze definiują swoją rolę zawodową?
2. Jakie są postawy lekarzy wobec swojego zawodu?
3. Czy relacje lekarza z pacjentem mają wpływ na postawy zawodowe lekarzy względem ich zawodu?

4. Jaki jest stosunek lekarzy do swojego środowiska pracy i grupy zawodowej oraz w jaki sposób wyrażany stosunek wpływa na postawy zawodowe lekarzy wobec pracy?
5. Czy zdaniem lekarzy istnieją osobowościowe predyspozycje do wykonywania ich zawodu?

### 3.4. Metody i techniki badawcze

Ze względu na specyfikę badanej rzeczywistości, autorka postanowiła wykorzystać do badań zarówno metody jakościowe, jak i ilościowe.

Metody ilościowe to takie metody badawcze, w których określa się parametry liczbowe charakteryzujące badane zjawisko lub obiekt badań. Ich wykorzystanie posłużyło autorce do określenia dokładnej skali badanego zjawiska. Zastosowaną w tym celu techniką był kwestionariusz ankiety.

Badania techniką ankietową stosuje się w celu możliwie szybkiego przebadania dużych pod względem liczebnym zbiorowości. Kwestionariusz polega na *swoistym typie wywiadu, mianowicie na wywiadzie pisemnym, w którym istotną rolę odgrywa ankieta. Jest to wywiad bardziej oszczędny ze względu na czas i środki, niż wywiad ustny.*<sup>2</sup> Rola badającego przy zbieraniu danych tą metodą ogranicza się do sporządzenia odpowiedniej ankiety, następnie wyboru grupy, która objęta zostanie wyznaczonym badaniem, kolejno przeprowadzenie właściwego badania ankietowego i zinterpretowanie jego wyników.

Konstrukcja samego narzędzia, jakim jest ankieta nie jest zadaniem bez znaczenia. Odpowiedni dobór pytań, ich kolejność i budowa mogą w znacznym stopniu decydować o trafności przeprowadzonych badań i uzyskanych wynikach.

Ważne jest również zapewnienie odpowiednich warunków wypełnienia owej ankiety przez respondentów. Badacz powinien zrobić wszystko dla zapewnienia odpowiedniej atmosfery badań, a przede wszystkim poczucia anonimowości badanej grupy.

Jako technika badań, ankieta ma zarówno swoje zalety, jak i wady. Do słabych stron należy niewątpliwie fakt, iż za jej sprawą badacz nie jest w stanie uwzględnić indywidualnych predyspozycji poszczególnych respondentów. Innym mankamentem jest, iż nawet najbardziej starannie opracowany kwestionariusz nie jest w całkowity sposób jednoznaczny. Różni respondenci mogą w odmienny sposób rozumieć sens pytań, a poszczególne słowa mogą posiadać określony ładunek emocjonalny dla niektórych osób. Rozmowa ustna daje możliwość rejestracji nie tylko tego co dany respondent mówi, ale również w jaki sposób to czyni, jak przejawia swoje uczucia, jakie gesty wykonuje. Te pozornie tylko mało znaczące kwestie mogą okazać się kluczowymi podczas interpretacji wyników i wyciągania wniosków z badań.

---

<sup>2</sup> J. Sztumsk, *Wstęp do metod i technik badań społecznych*, wyd. 5 zm., wyd. Śląsk, Katowice 1999, s. 170.

Inną jeszcze słabością badań ankietowych są same pytania ankietowe, które nie są w stanie uwzględnić wszystkich kwestii, które interesują badacza. Podczas wywiadu ankietier ma możliwość „dopytania” określonej osoby o pewne kwestie, ankieta natomiast nie daje już takiej szansy.

Do pozytywnych stron ankiety możemy zaliczyć to, iż w przeciwieństwie do innych badań, nie wymaga ona użycia obszernej zespołów badawczych, a prowadzone badania są mało kosztowne i zapewniają dużą reprezentatywność.<sup>3</sup> W związku z tymi faktami, technika ta należy do jednych z najczęściej wykorzystywanych w naukach społecznych.

Istnieje dość obszerna typologia rodzajów ankiet. Wśród nich możemy wyróżnić ankiety środowiskowe, prasowe, pocztowe. Przeprowadzona przez autorkę ankieta miała charakter środowiskowy, ze względu na fakt skupienia badanych osób w jednym miejscu, tj. na terenie ich ośrodka pracy, jakim jest szpital. Ankieta była bezpośrednio rozprowadzana do osób zainteresowanych. Dało to możliwość szybkiego dotarcia do badanej grupy, choć nie przesądziło o tym, czy na pytania w niej zawarte, badaczka uzyskała satysfakcjonujące ją odpowiedzi. Podczas dokonywania zwrotów ankiet, respondenci mieli zagwarantowane poczucie anonimowości, a badaczka starała się możliwie wystarczająco zmotywować lekarzy do jej pełnego wypełnienia, co ostatecznie się powiodło.

Ankiety możemy również podzielić na jawne i anonimowe. Zastosowane w prowadzonym badaniu ankiety miały charakter anonimowy. Nie były one podpisywane imiennie przez lekarzy oraz nie zawierały pytań, które mogłyby ujawnić osobę respondenta.

Kwestionariusz ankiety zawierał zarówno pytania otwarte, półotwarte, jak i zamknięte, a zwieńczony był metryczką. Autorka zastosowała również pytania filtrujące, aby wyeliminować tę grupę lekarzy, którzy odpowiadali w sposób nieszczerzy bądź niezgodny z prawdą.

O wypełnienie kwestionariusza autorka poprosiła łącznie 100 lekarzy. Wśród nich byli zarówno mężczyźni, jak i kobiety w różnym wieku, osoby posiadające różne stopnie naukowe i piastujący odmienne stanowiska zawodowe.

Technika ankiety jest techniką standaryzowaną, co oznacza, że lekarze zostali poproszeni o wypełnienie identycznego kwestionariusza, o takim samym brzmieniu. Kwestionariusz był rozdawany przez autorkę osobiście oraz wypełniany pod nadzorem badaczki. Dzięki kwestionariuszowi ankiety, autorka uzyskała informację na temat warunków pracy w szpitalu, wpływu miejsca pracy na zadowolenie z pełnionej roli zawodowej, wpływu miejsca pracy na relacje między pracownikami oraz między lekarzem i pacjentem. Ponadto, autorka dowiedziała się w jaki sposób badane osoby oceniają swoje stanowisko pracy i rolę zawodową. Ankieta miała na celu scharakteryzowanie postaw zawodowych lekarzy oraz ich stosunku do własnego zawodu, co ostatecznie się udało.

---

<sup>3</sup> J. Sztumsk, *Wstęp do metod i technik badań społecznych*, wyd. 5 zm., wyd. Śląsk, Katowice 1999, s. 180.

Autora postanowiła wykorzystać również badania jakościowe, głównie w celu potwierdzenia, zmodyfikowania, bądź nawet zanegowania wyników badań ilościowych. Metody jakościowe w naukach społecznych opierają się na założeniu, że do badania niektórych problemów lepiej nadają się pogłębione analizy mniejszej liczby przypadków, niż powierzchowne duże. Ponadto zakładają, że wiele spraw lepiej bada się poprzez dogłębne zrozumienie rzeczywistości w oczach danej zbiorowości, niż poprzez wykorzystanie wcześniej przygotowanego modelu teoretycznego, co z kolei zakładają badania ilościowe. Technika polegająca na łączeniu różnych metod i technik w naukach społecznych nazywana jest triangulacją. Na tej podstawie autorka mogła porównać wyniki badań ilościowych z jakościowymi. Dzięki zastosowanej triangulacji autorka ograniczyła również błąd pomiaru oraz zapewniła wyższą jakość prowadzonych badań. Zastosowanie metod jakościowych, posłużyło badaczce do lepszej analizy postaw zawodowych lekarzy oraz wnikięcia „w głąb” grupy zawodowej personelu medycznego, a dzięki temu lepsze poznanie charakteru relacji zachodzących między lekarzem, a pacjentem. W prowadzonych badaniach ilościowych autorka postanowiła zastosować technikę wywiadu.

Rodzaj wybranego do badań wywiadu miał formę osobistą. Stanowił on *sytuację bezpośredniej relacji interpersonalnej, w której osoba prowadząca wywiad zadaje respondentowi pytania opracowane w taki sposób, aby udzielone odpowiedzi pozostawały w związku z hipotezą badawczą*.<sup>4</sup> Istnieje wiele odmian wywiadu osobistego. Wśród nich wyróżnić możemy takie jak: wywiad według ustrukturuwanego planu, który stanowi najmniej elastyczną formę wywiadu, kolejno – wywiad zogniskowany, który prowadzony jest według planu, oraz ostatni i zarazem najbardziej swobodny – wywiad nieukierunkowany. W zależności od celu badań, wywiad może także łączyć elementy strukturuwane i niestrukturowane. Wywiady mogą być także ustne i pisemne, jawne i ukryte, indywidualne i zbiorowe oraz panelowe.<sup>5</sup> W prowadzonych badaniach autorka zdecydowała się wykorzystać wywiad zogniskowany, który jest całkowicie ustrukturuowanym wywiadem, posiada określony plan i powtarzalną formę zadawanych pytań dla poszczególnych respondentów. Ten typ wywiadu charakteryzuje się określonymi cechami: *odbywa się z udziałem tych respondentów, o których wiadomo, że mają określone doświadczenie; odwołuje się do sytuacji, które były analizowane przed rozpoczęciem wywiadu; przeprowadzany jest zgodnie z planem, który określa tematy istotne z punktu widzenia hipotezy badawczej; skupia się na tych doświadczeniach badanych osób, które dotyczą danej sytuacji*.<sup>6</sup> W wywiadzie zogniskowanym samo spotkanie ankietera i respondenta ma charakter ściśle ustalony i ustrukturuwany, jednak respondentowi pozostawi się dość dużą swobodę w artykułowaniu odpowiedzi. Wywiad ten umożliwia otrzymywanie szczegó-

<sup>4</sup> C. Frankfort-Nachmias, D. Nachmias, *Metody badawcze w naukach społecznych*, wyd. Zysk i S-ka, Poznań 2001, s. 249.

<sup>5</sup> J. Sztumski, *Wstęp do metod i technik badań społecznych*, wyd. 5 zm., wyd. Śląsk, Katowice 1999, s. 160–163.

<sup>6</sup> C. Frankfort-Nachmias, D. Nachmias, *Metody badawcze w naukach społecznych*, wyd. Zysk i S-ka, Poznań 2001, s. 251.



lowych informacji o reakcjach badanych osób, o ich emocjach, postawach, poglądach, a sama osoba badacza prowadząca wywiad, dokonując wcześniejszej analizy sytuacji, jest w stanie dostrzec kwestie związane z problemem badawczym. Wywiad ten nazywany jest również częściowo skategoryzowanym bądź pogłębionym.

Prowadzony przez autorkę wywiad miał następującą specyfikę:

- był wywiadem ustnym (zarówno zadawanie pytania, jak i odpowiedzi odbywały się w formie rozmowy);
- miał formę indywidualną (każdy wywiad prowadzony był z każdym lekarzem z osobna);
- był jawny (lekarze byli poinformowani o sytuacji wywiadu);
- był jednorazowy (z każdym z lekarzy wywiad prowadzony był jeden raz).

Wywiad osobisty, podobnie jak inne techniki zbierania danych posiada swoje mocne, jak i słabe strony. Do tych pierwszych zaliczyć możemy duże prawdopodobieństwo uzyskania odpowiedzi od respondenta, czego na przykład nie zapewnia tak wysoce technika ankietowa. Autor badań może także uzyskać bardziej szczegółowe informacje od interesującej go grupy respondentów. Kolejną zaletą jest fakt, iż ankieter ma możliwość kontrolowania sytuacji, w jakiej przebiega wywiad, a to daje mu szansę uczynienia atmosfery bardziej „przyjaznej” dla respondentów.

Jednak wywiad ma też swoje słabe strony. Są to m.in. problemy wynikające z braku anonimowości respondenta, który może czuć się zagrożony bądź skrępowany sytuacją rozmowy z obcą mu osobą. Niebezpieczeństwem wywiadu jest również ryzyko stronniczości osoby prowadzącej wywiad oraz jej wpływu na odpowiedzi respondentów. Są to także wyższe koszty pozyskania danych, w szczególności, gdy badaniem objęci są respondenci znajdujący się na różnych, odległych od siebie obszarach geograficznych.<sup>7</sup>

Prowadzenie wywiadu powinno być zgodne w wyznaczonych zasadami. Należą do nich: poczucie respondenta, iż udzielany przez niego wywiad będzie dla niego przyjemny i zadowalający, respondent musi bowiem postrzegać samo badanie jako warte wysiłku z jego strony. Należy także przezwyciężyć przeszkody, jakie zdaniem respondenta utrudniają mu udział w badaniu. Osoba prowadząca wywiad powinna w przyjacielski sposób wyjaśnić cel badań, metodę doboru respondentów i zapewnić o poufnym charakterze wywiadu. Dużą rolę należy również przywiązywać do kwestii samych pytań. Powinny być one sformułowane w jasny i przejrzysty sposób, zadawane powoli, a respondent powinien mieć odpowiednią ilość czasu na udzielenie odpowiedzi.<sup>8</sup>

W prowadzonym wywiadzie autorka starała się stosować do wyżej wymienionych kryteriów. Lekarze zostali poinformowani o celu badań oraz o tym, w jaki sposób zostali wytypowani do owego badania. Zadawane im pytania miały krótką i prostą formę. Autorka postarała się również uczynić przyjazną samą atmosferę wywiadu.

<sup>7</sup> C. Frankfort-Nachmias, D. Nachmias, *Metody badawcze w naukach społecznych*, wyd. Zysk i S-ka, Poznań 2001, s. 255.

<sup>8</sup> Tamże, s. 256.

W prowadzonym wywiadzie autorka starała się korzystać z techniki sondowania celem zachęcenia respondentów do bardziej szczegółowych odpowiedzi na pytania oraz zogniskowania rozmowy na konkretnym celu wywiadu. Technika ta znajduje swoje zastosowania głównie w wywiadach swobodnych, jednak autorka prowadząc wywiad zogniskowany starała się wykorzystać niektóre elementy tej techniki.

W trakcie prowadzonego wywiadu autorka korzystała z opracowanej wcześniej listy problemów, które poruszała w trakcie trwania rozmowy. Wywiad taki pozwolił na większą możliwość ujednolicenia danych. Dało to również możliwość porównania ze sobą wyników otrzymanych z przeprowadzonych wcześniej ankiet, co nie mogłoby mieć miejsca przy zastosowaniu wywiadu całkowicie swobodnego. W trakcie rozmowy badaczka chciała poznać okoliczności kształtowania się postaw zawodowych wśród lekarzy, ich opinii dotyczących pełnienia własnej roli zawodowej, zadowolenia z wyboru drogi zawodowej oraz motywacji do codziennej pracy.

Prowadząc wywiad autorka skoncentrowała się na dwóch rodzajach pytań. Były to zarówno pytania o fakty, jak i o opinie, jednak zauważalna była przewaga tych drugich. Dzięki temu, możliwe było poznanie subiektywnych nastawień respondentów względem problemu badawczego, co stanowiło podstawowy cel badań. Autorka prosiła lekarzy o udzielenie informacji dotyczących ich poglądów, ocen i postaw. Próbowала dowiedzieć się jakie są odczucia lekarzy względem ich życia zawodowego. Prowadząca wywiad starała się używać odpowiedniego języka, pytania zadawać w sposób krótki i zrozumiały, unikać stereotypizacji oraz zadawać zarówno pytania otwarte, jak i zamknięte.<sup>9</sup>

Autorka dokonywała samodzielnego zapisu udzielanych przez lekarzy odpowiedzi. Dodatkowo wywiady były nagrywane na dyktafon cyfrowy, po uprzedniej zgodzie respondentów.

### 3.5. Zasady doboru próby badawczej

Badaniem autorka objęła część zbiorowości lekarzy, z uwagi na bardzo dużą liczbę jednostek całkowitej populacji. Uwzględnienie wszystkich jednostek zbiorowości nie byłoby możliwe, a wyniki badań można uzyskać poddając właściwemu badaniu tylko część owych jednostek. Tak więc, próba badawcza miała charakter doboru reprezentatywnego, a przeprowadzone badania miały charakter niewyczerpujący.

Zazwyczaj większość badaczy uważa za bardziej skuteczny i wiarygodny dobór losowy. Probabilistyczny dobór próby nadal stanowi podstawową metodę dobierania dużych reprezentatywnych prób do badań społecznych, między innymi ogólnokrajowych badań sondażowych. Jednak zaznaczyć należy, iż metoda ta nie jest idealna, a często nawet niemożliwa do zastosowania w praktyce badawczej. Z tego

---

<sup>9</sup> R. Mayntz, K. Holm, P. Hübner, *Wprowadzenie do metod socjologii empirycznej*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1985, s. 131.

też względu autorka zdecydowała się na skorzystanie z doboru nieprobabilistycznego (niełosowego).

Dobór nieprobabilistyczny, czyli taki, który nie opiera się na próbie losowej, ma wiele typów. Wśród nich wyróżnić możemy: dobór oparty na dostępności badanych, dobór celowy lub arbitralny, metodę kuli śnieżnej oraz dobór kwotowy.<sup>10</sup> Ze względu na specyfikę badanej rzeczywistości, autorka zdecydowała się wybrać dobór celowy, który charakteryzuje się głównie doborem próby na podstawie własnej wiedzy o badanej populacji oraz celach badań.

Badaczka dobrała osoby badane, tj. lekarzy w sposób subiektywny, starając się przy tym otrzymać próbę, która reprezentować będzie całą populację. Dobór celowy stosuje się w przypadkach, gdy chce się zbadać mały podzbiór większej populacji, w której wielu członków tego podzbioru da się łatwo rozpoznać, ale sporządzenie wykazu ich wszystkich byłoby bardzo trudne, a wręcz niemożliwe. Sytuacja ta występowała w prowadzonych badaniach, w których operat<sup>11</sup> ze względów technicznych nie mógł stanowić pełnej listy całej badanej populacji, czyli wszystkich lekarzy. Z tego też względu wyniknęła decyzja autorki o doborze niełosowym w prowadzonych badaniach.

Zbiorowość badaną stanowiła grupa zawodowa lekarzy, natomiast za próbę autorka przyjęła lekarzy pracujących w dwóch szpitalach. Jednostką doboru próby byli zatem lekarze. Wybrana populacja miała charakter skończony, ponieważ składała się z przeliczalnej liczby jednostek.

Kryterium doboru stanowił dla badaczki przede wszystkim zawód – respondentami musieli być wyłącznie lekarze. Dodatkowym kryterium było miejsce pracy, czyli dwa wybrane do badań szpitale. Ponadto, wybrani lekarze musieli być zatrudnieni na określonych w założeniach badawczych oddziałach właściwych dla danego szpitala, czyli na oddziałach: chirurgii ogólnej, chirurgii plastycznej i rekonstrukcyjnej, chirurgii urazowo-ortopedycznej, chorób wewnętrznych, otolaryngologicznym, okulistycznym, położniczo-ginekologicznym reumatologii, neurologii oraz gastroenterologii.<sup>12</sup> Ponadto, oddziały zostały wybrane na terenie dwóch szpitali, które znajdowały się na obszarze dwóch miast, tj. Sosnowca i Zawiercia. Oddziały zostały wybrane w taki sposób, aby różniły się dyscyplinami medycznymi.

W badaniach społecznych respondentami są osoby, które dostarczają informacji o sobie, a poprzez to umożliwiają badaczowi stworzenie obrazu grupy, którą owi respondenci reprezentują. Informatorzy w przeprowadzonych badaniach (tj. lekarze, z którymi zostały przeprowadzone wywiady zogniskowane) stanowili część grupy, która mogła wypowiedzieć się w sposób bezpośredni zarówno o sobie, jak i o własnej grupie zawodowej, której są przedstawicielami.

---

<sup>10</sup> E. Babbie, *Badania społeczne w praktyce*, PWN, Warszawa 2004, s. 204.

<sup>11</sup> Podstawa doboru próby badawczej.

<sup>12</sup> Oddział Chorób Wewnętrznych, Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Otolaryngologiczny, Okulistyczny, Położniczo-Ginekologiczny (właściwe dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu) oraz Oddział Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Plastycznej i Rekonstrukcyjnej, Reumatologii, Neurologii, Gastroenterologii (właściwe dla Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Sosnowcu).

Jeśli chodzi o wielkość próby, to autorka postanowiła poprosić 100 lekarzy o udział w badaniach ankietowych (metoda ilościowa) oraz 12 lekarzy o udzielenie wywiadu (metoda jakościowa).

Dobór próby założony przez autorkę, zakładał ponadto, że z obu szpitali zostaną przebadani lekarze w takiej samej liczbie, czyli 50 lekarzy ze Szpitala Powiatowego w Zawierciu oraz 50 lekarzy z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Sosnowcu (badania ilościowe) oraz 6 lekarzy ze Szpitala Powiatowego w Zawierciu oraz 6 lekarzy z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Sosnowcu (badania jakościowe).

Badaczka uznała stworzoną przez siebie próbę za reprezentatywną ze względu na fakt, iż system kształcenia medycznego jest porównywalny we wszystkich ośrodkach akademickich w kraju, natomiast lekarze biorący udział w badaniach zatrudnieni byli na różnych oddziałach, w różnych ośrodkach nabywali umiejętności specjalizacyjne, są wśród nich zarówno mężczyźni, jak i kobiety, należą do różnych grup wiekowych, zamieszkują różne miasta, posiadają zróżnicowane stopnie naukowe i stanowiska pracy. Na tej podstawie stwierdzić można, iż próba jest wystarczająco zróżnicowana pod względem cech społeczno-demograficznych.

### 3.6. Charakterystyka badań

Przeprowadzone przez autorkę pracy badania, miały charakter badań niewyczerpujących, ponieważ brali w nich udział tylko niektórzy z lekarzy pracujących w wybranych szpitalach. Były to więc badania na próbach reprezentatywnych.

#### 3.6.1. Miejsce badań

Miejscem przeprowadzenia badań były dwa szpitale. Jeden z nich to Szpital Powiatowy w Zawierciu, a drugi – Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 św. Barbary w Sosnowcu.

Na terenie Szpitala Powiatowego w Zawierciu autorka przeprowadziła badania na terenie następujących oddziałów:

- Oddział Chorób Wewnętrznych;
- Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej;
- Oddział Otolaryngologiczny;
- Oddział Okulistyczny;
- Oddział Położniczo-Ginekologiczny.

Natomiast w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym autorka przebadala lekarzy z następujących oddziałów:

- Oddział Chirurgii Ogólnej;
- Oddział Chirurgii Plastycznej i Rekonstrukcyjnej;
- Oddział Reumatologii;
- Oddział Neurologii;
- Oddział Gastroenterologii.

### 3.6.2. Organizacja badań

W związku z metodą ilościową (przy wykorzystaniu kwestionariusza ankiety) autorka objęła badaniem łączną liczbę 100 lekarzy. W tym, na terenie Szpitala Powiatowego w Zawierciu przebadanych zostało 50 lekarzy, w proporcji po 10 lekarzy na każdy z pięciu wymienionych oddziałów. Natomiast w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Sosnowcu przebadanych zostało również 50 lekarzy w proporcji 10 lekarzy z każdego z pięciu wymienionych oddziałów.

Kwestionariusz ankiety miał formę środowiskową, gdyż został przeprowadzony w miejscu pracy oraz był on rozdawany lekarzom podczas przerw. Po uprzedniej zgodzie na udział w badaniach, lekarze byli powiadomieni o terminie przeprowadzenia kwestionariusza ankiety, jednak ze względu na brak możliwości jednoczesnego wypełnienia ankiet przez wszystkich badanych lekarzy, badania były prowadzone systematycznie – po kilku lekarzy w jednej sali w zależności od czasu pracy poszczególnych lekarzy. Badanie było prowadzone odrębnie na każdym oddziale, w kolejności w jakiej oddziały zostały uprzednio wymienione. Pierwszym szpitalem, w którym prowadzone były badania był Szpital Powiatowy w Zawierciu. Cała procedura badawcza była prowadzona pod nadzorem badaczki. Lekarze mieli zagwarantowane poczucie anonimowości, kwestionariusz był bezimienny. Czas wypełnienia kwestionariusza przewidziany był na około 13–15 minut. Badania ankietowe prowadzone były na przełomie kwietnia i maja 2012 roku.

W związku z metodą jakościową, autorka postanowiła wykorzystać wywiad zogniskowany (nazywany również częściowo skategoryzowanym bądź pogłębionym). Autorka przeprowadziła 12 wywiadów z lekarzami pracującymi na terenie szpitali – po 6 wywiadów z każdego z dwóch wymienionych szpitali. Część z badanych osób stanowili lekarze uczestniczący w badaniach ankietowych, natomiast część lekarzy stanowiły osoby przystępujące jedynie do badania techniką wywiadu. Wywiady prowadzone były podczas przerw w pracy w odosobnionych miejscach bądź w sytuacji, gdy lekarz wyraził taką chęć – w pomieszczeniu dyżurki lekarskiej. Wywiad był nagrywany na dyktafon cyfrowy (po uprzedniej zgodzie lekarza), natomiast podczas rozmowy autorka dodatkowo odnotowywała istotne merytorycznie kwestie. Metryczkę po zakończeniu wywiadu lekarz wypełniał samodzielnie. Każdy z lekarzy został uprzednio zapytany o chęć udziału w badaniu oraz z odpowiednim wyprzedzeniem został z nim uzgodniony termin przeprowadzenia rozmowy. Każdy z wywiadów trwał około 20–25 minut. Wywiady były przeprowadzane w kwietniu, maju i czerwcu 2012 roku.

### 3.6.3. Przebieg badań

Wszelkie prowadzone badania miały miejsce na terenie szpitali. Kwestionariusze ankiet rozdawane były lekarzom w ich pokojach oraz w dyżurkach lekarskich. Wywiady natomiast prowadzone były w szpitalnych bufetach oraz w miejscach wyznaczonych przez lekarzy (ustronne miejsca korytarza, pokoje lekarskie).

W początkowym okresie przeprowadzania badań (kwiecień, maj) autorka uzyskała wypełnione kwestionariusze ankiet od 98 respondentów. W związku z faktem, iż celem badań było uzyskanie minimum 100 kwestionariuszy, badania były kontynuowane również w czerwcu 2012 roku. Ostatecznie uzyskano wymaganą ilość wypełnionych kwestionariuszy ankiet, które umożliwiły przeprowadzanie niezbędnych analiz.

Lekarze chętniej zgadzali się na udział w badaniach ankietowych niż w wywiadach. Sytuację tę tłumaczyli brakiem dyspozycyjności czasowej oraz dużą liczbą obowiązków zawodowych. Ostatecznie przeprowadzono 12 wywiadów.

Warto tu również zaznaczyć, iż badanie ankietowe było prowadzone w trakcie przerw w pracy, natomiast organizacja wywiadów polegała na wcześniejszym umówieniu się z danym lekarzem na termin rozmowy. Istnieje prawdopodobieństwo, że z tego właśnie założenia wynikała niechęć do udzielania wywiadów. Spotkanie w wyznaczonym terminie zakładało bowiem przeznaczenie większej ilości czasu i mocniejszego zaangażowania w udział w badaniach.





## 4. Wyniki badań<sup>1</sup>

W rozdziale tym zostaną omówione szczegółowe wyniki badań ilościowych i jakościowych dotyczących postaw zawodowych lekarzy. Zostanie także przedstawione w jakich aspektach badania jakościowe potwierdziły wyniki badań ilościowych bądź były różne od nich. Kolejno omówione zostaną wnioski z przeprowadzonych badań.

### 4.1. Prezentacja wyników badań

W badaniu wzięło udział 100 lekarzy, z czego każdy z nich wypełnił kwestionariusz ankiety nie pozostawiając żadnych pytań bez odpowiedzi. W opracowanych wynikach potraktowano zatem jako 100% badanej populacji 100 osób, które odpowiedziały na wszystkie pytania ankietowe.

Przeprowadzono także 12 wywiadów, których analiza miała na celu uzupełnienie informacji ankietowych na temat relacji jaka kształtuje się między lekarzem i pacjentem. Autorka chciała tym samym potwierdzić wyniki badań kwestionariuszowych bądź poddać je w wątpliwość.

Prowadzone wywiady były wywiadami zogniskowanymi, całkowicie ustrukturalizowanymi i miały formę ustną, indywidualną, jawną, jednorazową i osobistą.

Lekarzy uczestniczących w badaniach jakościowych charakteryzowały następujące cechy społeczno-demograficzne:

- byli mężczyznami w wieku 34–45 lat;
- posiadali tytuł lekarza medycyny;
- zajmowali stanowisko lekarzy;
- posiadali specjalizację medyczną z trzech dyscyplin medycznych:
  - 5 lekarzy specjalistów ginekologii;
  - 3 lekarzy specjalistów neurologii;
  - 4 lekarzy specjalistów chorób wewnętrznych.

---

<sup>1</sup> Badania zostały przeprowadzone w ramach niepublikowanej pracy magisterskiej pt. *Lekarz – zawód, czy powołanie? Postawy lekarzy wobec pracy. Analiza socjologiczna na przykładzie personelu medycznego wybranych szpitali*, obronionej przez autorkę w 2012 r. w Instytucie Socjologii Uniwersytetu Śląskiego (promotor prof. zw. dr hab. K. Wódz).

Jako pierwsze zostaną zaprezentowane podstawowe dane zebrane za pomocą kwestionariusza, które posłużyły jako zmienne w opracowaniu wyników badań. Dane te zbierane były w kwestionariuszach ankiet za pomocą metryczki.

W badaniu uczestniczyli respondenci o następujących cechach – dane przedstawia tabela:

**Tabela nr 1. Cechy badanych respondentów, N= 100**

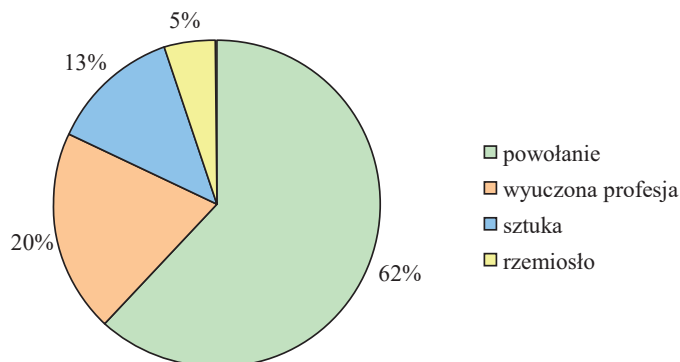
CECHA	Liczba badanych	%
<b>PLEĆ</b>		
Kobiety	38	38
Mężczyźni	62	62
<b>WIEK</b>		
24–34 lata	15	15
35–45 lat	40	40
46–56 lat	21	21
57–67 lat	14	14
Powyżej 67 r. życia	10	10
<b>TYTUŁ NAUKOWY</b>		
Lekarz medycyny	72	72
Doktor nauk medycznych	26	26
Doktor habilitowany	2	2
Profesor	0	0
<b>SPECJALIZACJA</b>		
Lekarz specjalista	72	72
Lekarz bez specjalizacji	28	28
<b>STANOWISKO PRACY</b>		
Ordynator oddziału	10	10
Zastępca ordynatora oddziału	10	10
Lekarz	68	68
Lekarz rezydent	12	12

Źródło: Opracowanie własne.

Każda z wymienionych cech dotyczyła próby wynoszącej 100 respondentów.

Punktem wyjścia badań ankietowych było zdefiniowanie pojęcia zawodu lekarza w opinii respondentów. Badania ilościowe pokazały, iż według większości respondentów zawód lekarza jest powołaniem. Tak odpowiedziało 62% badanej grupy. Kolejno wskazywano na wyuczoną profesję (20%), sztukę (13%) oraz rzemiosło (5%). Na tej podstawie można stwierdzić, iż lekarze postrzegają swój zawód jako profesję, do której potrzebny jest swoisty dar, a nie jedynie wiedza. Zawód lekarza nie jest utożsamiany z rzemiosłem. W opinii respondentów nie stanowi on jedy-

nie wykonywania wyuczonych czynności nabytych w trakcie studiów i praktyk medycznych. Zależność tą obrazuje wykres nr 1.



**Wykres nr 1. Zawód lekarza w opinii respondentów, N=100**

Źródło: Opracowanie własne.

Badania pokazały dodatkowo ciekawą zależność dotyczącą płci. Żadna z badanych kobiet nie wskazała, że zawód lekarza jest dla niej rzemiosłem, a jedynie dwie (tj. 5,26% wszystkich kobiet biorących udział w badaniach) wskazały, że zawód lekarza jest ich zdaniem wyuczoną profesją. Zdecydowana większość kobiet wybierała odpowiedź, że zawód lekarza jest powołaniem (73,68% wszystkich kobiet biorących udział w badaniach). Choć mężczyźni także najczęściej wybierali „powołanie” (tak odpowiedziało 54,84% wszystkich mężczyzn biorących udział w badaniach), to często zaznaczali także odpowiedź, iż zawód lekarza jest dla nich wyuczoną profesją (tak odpowiedziało 29,03% wszystkich mężczyzn biorących udział w badaniach). Dodatkowo, odpowiedź określająca zawód lekarza jako rzemiosło została wybrana wyłącznie przez mężczyzn (tak odpowiedziało 5 mężczyzn, czyli 5% badanej grupy, tj. 8,06% wszystkich mężczyzn biorących udział w badaniach). Zależność tę obrazuje wykres nr 2.

Wyniki ankiet w tym zakresie potwierdzają również przeprowadzone wywiady. Lekarze podkreślali w rozmowie, iż zawód lekarza jest dla nich przede wszystkim powołaniem, misją życiową i zawodową. Żaden z lekarzy nie odpowiedział, iż ich zawód jest rzemiosłem bądź wyuczoną profesją. Lekarze twierdzili również, iż ich praca jest rodzajem sztuki, do której potrzebne są nie tylko wiedza medyczna, ale i talent praktyczny, który pozwala im na wykonywanie skomplikowanych czynności w warunkach silnego stresu zawodowego. Oto przykładowe odpowiedzi respondentów:

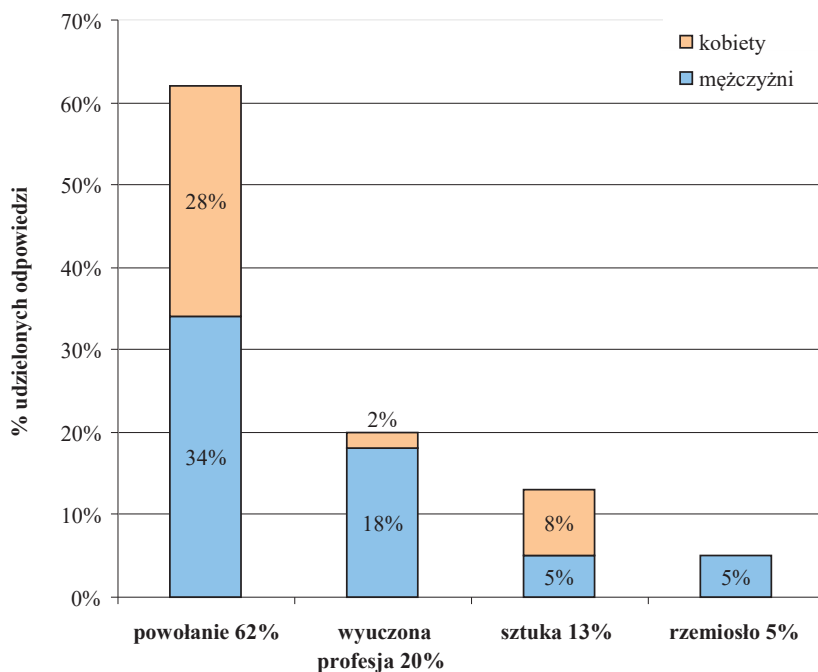
- Respondent 1 (mężczyzna, wiek 34–45 lat, tytuł lekarza nauk medycznych, stanowisko lekarza, posiadający specjalizację – ginekolog):  
*zawód lekarza jest dla mnie życiową pasją, tym o czym marzyłem jako dziecko. Pomińmo, iż moja praca jest bardzo ciężka, to kocham to, co robię [...]. Lekarzem może być jedynie ktoś, kto posiada powołanie, inaczej nie da sobie rady w tym zawodzie [...];*

- Respondent 2 (mężczyzna, wiek 34–45 lat, tytuł lekarza nauk medycznych, stanowisko lekarza, posiadający specjalizację – ginekolog):

*praca lekarza to na pewno nie jest rzemiosło ani wyuczona profesja, ponieważ człowiek może nauczyć się wszystkiego, ale nie każdy człowiek może wykonywać każdy zawód. Lekarzem powinien być ten, kto czuje to co robi, komu codzienne obcowanie z chorymi sprawia przyjemność i satysfakcję [...];*

- Respondent 3 (mężczyzna, wiek 34–45 lat, tytuł lekarza nauk medycznych, stanowisko lekarza, posiadający specjalizację – neurolog):

*wyda mi się, że lekarz to ktoś z powołaniem. Nie da się bez powołania być dobrym lekarzem, ponieważ trud dnia codziennego jest zbyt ciężki, aby móc to udźwignąć bez pasji do leczenia i pomagania chorym [...].*



**Wykres nr 2. Zwód lekarza w opinii respondentów – rozkład odpowiedzi ze względu na płeć, N=100**

Źródło: Opracowanie własne.

Podsumowując, żaden z respondentów uczestniczących w rozmowie, nie określił zawodu lekarza jako rzemiosło, ani wyuczoną profesję. Każdy lekarz kładł nacisk na powołanie oraz sztukę. Wyniki wywiadów potwierdzają w tej kwestii wyniki uzyskane z kwestionariuszy ankiet.

Kolejnym zagadnieniem poruszonym w kwestionariuszu ankiety był rodzaj motywacji do wyboru studiów medycznych. W pytaniu tym respondenci mogli wy-

brać więcej niż jedną odpowiedź. Skonstruowana kafeteria odpowiedzi zawierała następujące alternatywy:

- predyspozycje osobowościowe (odporność na stres, zdolność szybkiego reagowania w sytuacji trudnej, zdolności interpersonalne);
- poczucie powołania do pełnienia roli lekarza;
- chęć zdobycia zawodowego prestiżu i autorytetu społecznego;
- chęć pomocy innym ludziom;
- dziedziczenie zawodu lekarza z pokolenia na pokolenie w rodzinie;
- perspektywa korzyści materialnych związanych z wysokimi zarobkami w służbie zdrowia;
- charakter pracy zawodowej (profesja lekarska jako zawód wolny);
- inne (tu respondent mógł wpisać określoną motywację).

Do najczęściej wskazywanych należały:

- predyspozycje osobowościowe (odpowiedź tę wskazało 72% badanej grupy);
- chęć pomocy innym ludziom (65%);
- chęć zdobycia zawodowego prestiżu i autorytetu społecznego (57%).

Na podstawie tych danych można wnioskować, iż przy wyborze studiów medycznych decydujące znaczenie mają psychospołeczne uwarunkowania i cechy charakterologiczne ankietowanych, potrzeba pomagania innym oraz chęć osiągnięcia określonego statusu społecznego warunkowanego zawodem. Respondenci wskazywali również, iż ważny jest autorytet zawodowy. Oznacza to, iż nadal funkcjonuje społeczne pojęcie prestiżu lekarza i jego roli zawodowej.

Najrzadziej wskazywanymi odpowiedziami były natomiast:

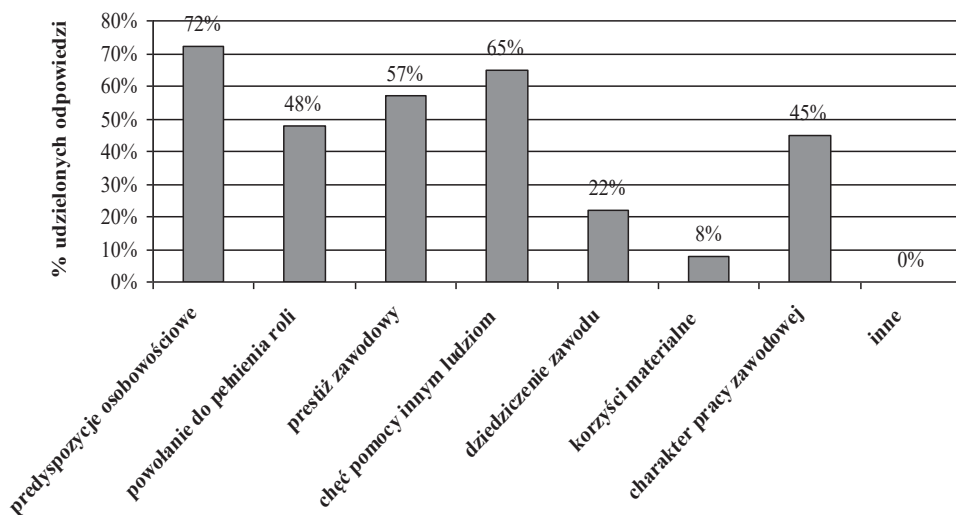
- perspektywa korzyści materialnych związanych z wysokimi zarobkami w służbie zdrowia – odpowiedź tę wskazało 8 osób (8% badanej grupy);
- dziedziczenie zawodu lekarza z pokolenia na pokolenie w rodzinie – odpowiedź tę wskazały 22 osoby (22% badanej grupy).

Powyższy rozkład pokazuje także, iż tylko niektórzy lekarze w wyborze drogi studiów kierowali się posiadaniem innego lekarza w rodzinie. Pokazuje to, iż dziedziczenie zawodu lekarza nie jest już dziś tak powszechne jak wydawało się być kiedyś. Żaden z respondentów nie wybrał natomiast odpowiedzi „inne”. Sytuację tę obrazuje wykres nr 3.

Badania pokazały w tym pytaniu interesującą zależność ze względu na płeć respondentów. Kobiety najczęściej wybierały takie motywacje jak:

- chęć pomocy innym ludziom (odpowiedź tę wybrało 35 kobiet, czyli 92,11% wszystkich kobiet biorących udział w badaniach);
- predyspozycje osobowościowe (odpowiedź tę wybrało 30 kobiet, czyli 78,95% wszystkich kobiet biorących udział w badaniach);
- powołanie do pełnienia roli lekarza (odpowiedź tę wybrało 28 kobiet, czyli 73,68% wszystkich kobiet biorących udział w badaniach).

Można zatem sądzić, iż kobiety przy wyborze drogi studiów większą rolę przywiązują do wewnętrznych, osobowościowych uwarunkowań, mniejszą natomiast do kwestii finansowych (tę odpowiedź wybrały tylko 2 kobiety, czyli 5,26% wszystkich kobiet biorących udział w badaniach) oraz rodzinnych związanych z dziedziczeniem zawodu lekarza z pokolenia na pokolenie (tę odpowiedź wybrało tylko 6 kobiet, czyli 15,70% wszystkich kobiet biorących udział w badaniach).



Wykres nr 3. Motywacja do wyboru studiów medycznych, N=100

Źródło: Opracowanie własne.

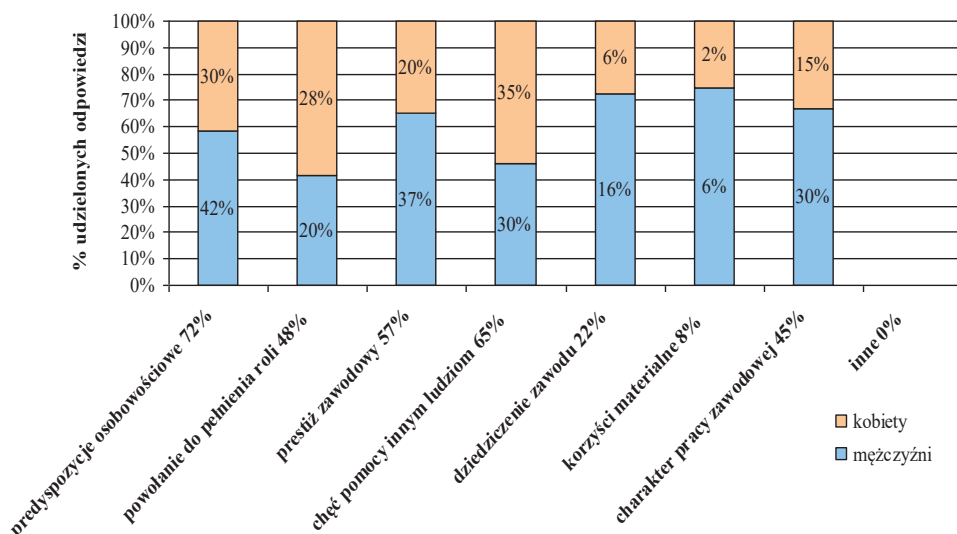
Wśród mężczyzn odpowiedzi kształtowały się w innych sposób, ponieważ najczęściej zaznaczali oni odpowiedzi dotyczące:

- predyspozycji zawodowych (odpowiedź tę wybrało 42 mężczyzn, czyli 67,74% wszystkich mężczyzn biorących udział w badaniach);
- prestiżu zawodowego (odpowiedź tę wybrało 37 mężczyzn, czyli 59,68% wszystkich mężczyzn biorących udział w badaniach).

Oznacza to, iż dla mężczyzn, tak samo jak dla kobiet, istotne są cechy osobowościowe, ale ważny jest także autorytet społeczny zawodu lekarza. Najbardziej wybieraną odpowiedzią wśród mężczyzn była motywacja odnosząca się do korzyści materialnych (tak odpowiedziało 6 mężczyzn, czyli 9,68% wszystkich mężczyzn biorących udział w badaniach), jednak należy zaznaczyć, iż odpowiedź tę częściej wybierali mężczyźni niż kobiety. Sytuację tę obrazuje wykres nr 4.

Z kwestią motywacji do wyboru studiów medycznych wiąże się także czynniki, które zadecydowały o podjęciu decyzji o pracy w zawodzie lekarza. Wyniki tego pytania pokrywają się z danymi na temat motywacji do wyboru studiów medycznych. Pytanie to zakładało możliwość wyboru więcej niż 1 odpowiedzi. Wyniki pokazały, iż najwięcej osób kierowało się następującymi czynnikami:

- chęciom pomocy innym ludziom (tą odpowiedź zaznaczyło 89 osób, czyli 89% całej badanej grupy);
- własnymi, indywidualnymi zainteresowaniami (tą odpowiedź wybrało 77 osób, czyli 77% całej badanej grupy).



**Wykres nr 4. Motywacja do wyboru studiów medycznych – rozkład odpowiedzi ze względu na płeć, N=100**

Źródło: Opracowanie własne.

Najmniej ankietowanych zaznaczyło natomiast odpowiedź odnoszącą się do wysokich zarobków w pracy lekarza (tę odpowiedź wybrało tylko 8 osób, czyli 8% badanej grupy). Żaden z badanych lekarzy nie wskazał ani nie uzupełnił odpowiedzi „inne czynniki”. Sytuację tę obrazuje wykres nr 5.

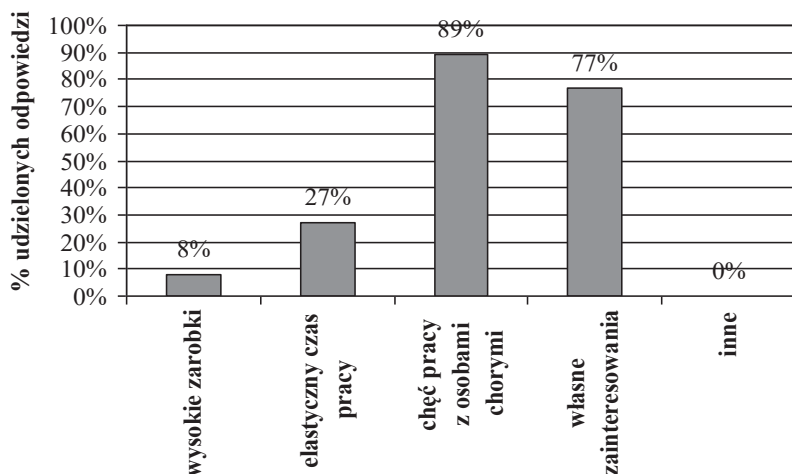
Kolejna kwestia, o którą zapytano respondentów dotyczyła predyspozycji psychospołecznych potrzebnych w pracy lekarza. Pytanie to miało na celu pokazać czy takie predyspozycje są niezbędne w pracy lekarza. Twierdząco odpowiedziały 72 osoby (tj. 72% badanej grupy), natomiast przecząco 28 osób (tj. 28% badanej grupy). Rozkład odpowiedzi pokazuje wykres nr 6.

Warto w tym miejscu zaznaczyć, iż odpowiedzi na to pytanie pokrywały się z odpowiedziami na pytanie nr 2, które odnosiło się do motywacji do wyboru studiów medycznych (wykres nr 3). Podobnie jak w tym pytaniu, tam także 72 osoby (tj. 72% wszystkich badanych) wskazało na niezbędność owych predyspozycji do wykonywania zawodu lekarza.

Kolejno ankietowani, którzy wypowiedzieli się twierdząco na temat predyspozycji osobowościowych potrzebnych w zawodzie lekarza, zostali poproszeni o zaznaczenie w kwestionariuszu jakie te predyspozycje powinny być. Na to pytanie odpo-

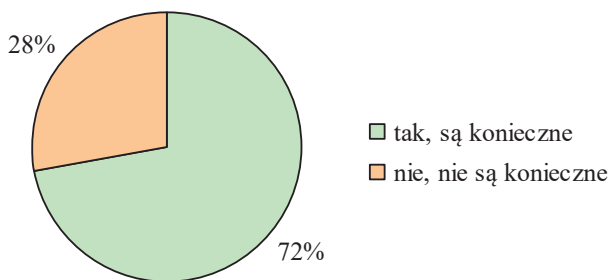


wiadały 72 osoby, czyli ci respondenci, którzy sądzą, iż takie predyspozycje istnieją i są niezbędne w zawodzie lekarza. Osoby, które zaznaczyły w poprzednim pytaniu, iż ich zdaniem predyspozycje osobowościowe w zawodzie lekarza nie są potrzebne, tj. 28 osób (czyli 28% grupy badanej) nie uczestniczyły w wypełnianiu tego pytania.



Wykres nr 5. Czynniki, które zadecydowały o podjęciu pracy w zawodzie lekarza, N=100

Źródło: Opracowanie własne.



Wykres nr 6. Obecność predyspozycji psychospołecznych i osobowościowych do wykonywania zawodu lekarza, N=100

Źródło: Opracowanie własne.

Pytanie to zakładało możliwość wyboru wielu odpowiedzi, a kafeteria obejmowała takie czynniki jak:

- odporność na stres;
- zdolności analityczne;
- umiejętność wczucia się w sytuację innego człowieka;
- bezstronność i neutralność dokonywanych ocen;
- zacięcie badawcze;
- dążenie do poznania prawy;

- wytrwałość;
- pracowitość;
- umiejętność wyeliminowania emocji;
- altruizm;
- siła fizyczna;
- umiejętność szybkiego podejmowania decyzji;
- odpowiedzialność.

Wszystkie osoby, które odpowiadały na to pytanie wybrały odpowiedź, iż do predyspozycji potrzebnych w zawodzie lekarza należy odporność na stres (tak odpowiedziały 72 osoby, czyli 100% osób odpowiadających na to pytanie i 72% całej badanej grupy). Odpowiedzią wybraną przez prawie wszystkich respondentów była też odpowiedzialność, tak bowiem zaznaczyło 71 osób (czyli 98,61% osób odpowiadających na to pytanie i 71% całej badanej grupy).

Do odpowiedzi często zaznaczanych należały także:

- umiejętność wczucia się w sytuację innego człowieka (tak odpowiedziały 63 osoby, czyli 87,50% osób odpowiadających na to pytanie i 63% całej badanej grupy);
- umiejętność szybkiego podejmowania decyzji (tak odpowiedziało 59 osób, czyli 81,94% osób odpowiadających na to pytanie i 59% całej badanej grupy).

Natomiast do najrzadziej wybieranych odpowiedzi należały:

- zacięcie badawcze (tak odpowiedziały 3 osoby, czyli 4,17% osób odpowiadających na to pytanie i 3% całej badanej grupy);
- dążenie do poznania prawdy (tak odpowiedziało 17 osób, czyli 23,61% osób odpowiadających na to pytanie i 17% całej badanej grupy).

Żaden z ankietowanych nie zaznaczył odpowiedzi, iż predyspozycją osobowościową do bycia lekarzem są zdolności analityczne. Zależność tą pokazuje wykres nr 7.

Patrząc na powyższy wykres można wnioskować, iż badani lekarze dużą wagę przywiązują do umiejętności opanowania stresu w swojej pracy oraz do odpowiedzialności, jaką ponoszą na co dzień. Mniejsze znaczenie mają dla nich zdolności badawcze, analityczne, siła fizyczna i umiejętność wyeliminowania emocji.

Zagadnienie predyspozycji osobowościowych potrzebnych w zawodzie lekarza zostało także poruszone w wywiadach z lekarzami. Każdy z respondentów odpowiedział, iż takie predyspozycje są niezbędne w pracy lekarza. Na tej podstawie można sądzić, iż wyniki ankiet zostały częściowo potwierdzone przez wywiady. W badaniach ilościowych, 28% respondentów odpowiedziało, że takie predyspozycje nie są potrzebne, nie mniej jednak, zdecydowanie większa część respondentów odpowiedziała, że są potrzebne (72%), dlatego można uznać, iż wywiady potwierdziły wyniki ankiet.

Na jaki rodzaj predyspozycji najczęściej wskazywali lekarze? Osoby uczestniczące w wywiadach wskazywały na:

- odporność na stres;
- altruizm;
- empatię;

- odpowiedzialność;
- wewnętrzną chęć do pomagania;
- chęć do nauki i ustawicznego kształcenia.

Podobnie jak w ankietach, żaden z badanych nie wskazał na zdolności analityczne. Oto przykładowe odpowiedzi wybranych lekarzy:

- Respondent 1 (mężczyzna, wiek 34–45 lat, tytuł lekarza nauk medycznych, stanowisko lekarza, posiadający specjalizację – lekarz chorób wewnętrznych):

*osoba chcąca być lekarzem powinna przede wszystkim być odpowiedzialna i odporna na stres. W pracy lekarza stres jest sprawą obecną codziennie i trzeba umieć sobie z nim radzić [...];*

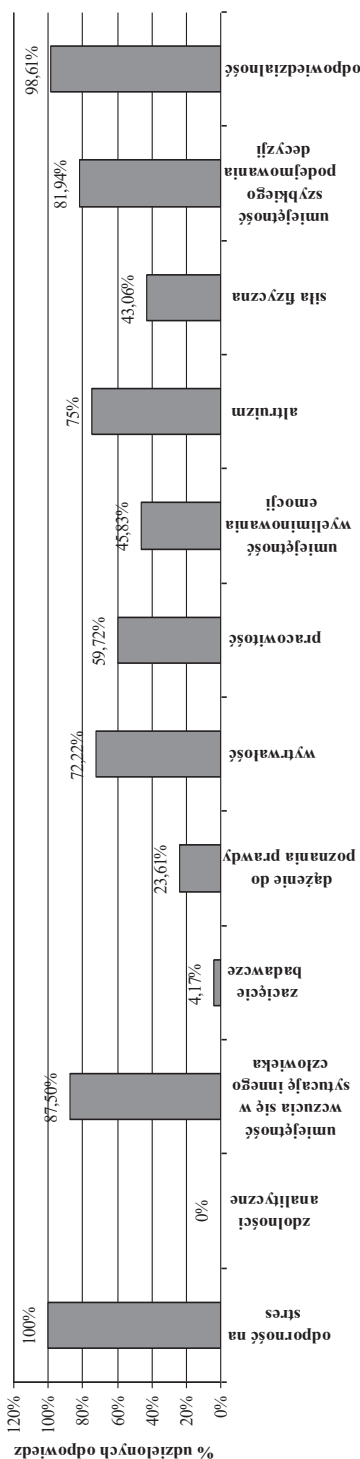
- Respondent 2 (mężczyzna, wiek 34–45 lat, tytuł lekarza nauk medycznych, stanowisko lekarza, posiadający specjalizację – ginekolog):

*do takich predyspozycji zaliczyłbym altruizm, empatię, chęć nauki i odporność na stres, przy czym to ostatnie jest chyba najważniejsze [...];*

- Respondent 3 (mężczyzna, wiek 34–45 lat, tytuł lekarza nauk medycznych, stanowisko lekarza, posiadający specjalizację – neurolog):

*lekarz powinien posiadać wewnętrzną chęć do pomagania innym i to jest moim zdaniem najważniejsza z predyspozycji. Bez tego nie będzie dobrym lekarzem. Ważne jest także to, aby potrafił działać w sytuacji silnego zmęczenia i stresu, ale tego można się nauczyć. Chęci do pomocy nie da się nauczyć [...].*

Predyspozycje, które wymieniali w wywiadach lekarze potwierdzają wyniki ankiet. Tam również respondenci najczęściej wskazywali na takie predys-

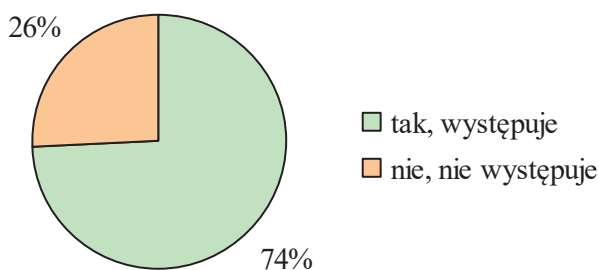


Wykres nr 7. Rodzaj potrzebnych predyspozycji do wykonywania zawodu lekarza, N=100

Źródło: Opracowanie własne.

pozycje jak odporność na stres, umiejętność wczucia się w sytuację innego człowieka oraz odpowiedzialność.

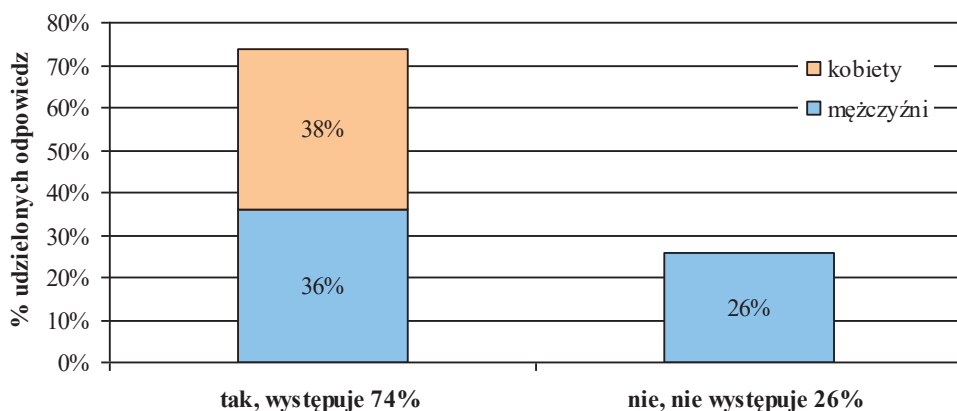
W badaniach ankietowych poruszone zostało także zagadnienie konfliktu ról, który często zdarza się w zawodach wymagających poświęcenia dużej ilości czasu. Do takich niewątpliwie należy zawód lekarza. Lekarzy zapytano, czy ich zdaniem konflikt ról występuje w ich zawodzie. Ankietowani mieli do wyboru odpowiedź twierdzącą oraz przeczącą. Jak pokazały wyniki, 74% badanych osób wskazało, iż ich zdaniem zjawisko konfliktu ról ma miejsce w pracy zawodowej lekarza. Zależność tę przedstawia wykres nr 8.



**Wykres nr 8. Obecność konfliktu ról w zawodzie lekarza, N=100**

Źródło: Opracowanie własne.

Badania pokazały dodatkowo, iż wszystkie kobiety biorące udział w badaniu zaznaczyły, iż konflikt ról ma miejsce w zawodzie lekarza. Większość mężczyzn również zaznaczyła tę odpowiedź (58,06% wszystkich badanych mężczyzn), jednak dość duża liczba mężczyzn zaznaczyła, iż konfliktu takiego nie dostrzega (41,94% wszystkich badanych mężczyzn).

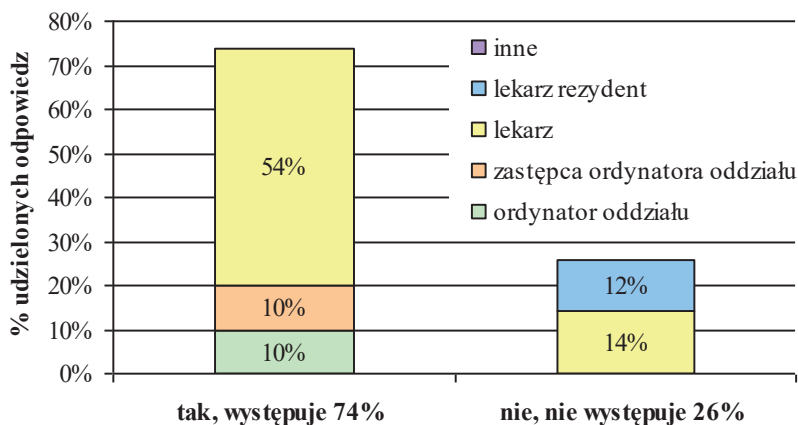


**Wykres nr 9. Obecność konfliktu ról w zawodzie lekarza – rozkład ze względu na płeć, N=100**

Źródło: Opracowanie własne.

Powyższy rozkład odpowiedzi w korelacji z płcią uzasadniać może fakt, iż w polskim społeczeństwie funkcję opiekuna domu nadal pełni w zdecydowanej większości kobieta. W związku z tym, to kobietom bardziej doskwiera problem polegający na połączeniu życia osobistego z pracą zawodową lekarza, która wymaga poświęcenia i czasu.

W pytaniu tym warto także pokazać korelację odpowiedzi lekarzy ze względu na stanowisko pracy. Badania pokazały, iż problem konfliktu ról dostrzegają wszyscy ordynatorzy (tj. 10 osób, czyli 100% wszystkich badanych ordynatorów i 10% całej badanej grupy) oraz zastępcy ordynatorów oddziałów wypełniający kwestionariusz (tj. 10 osób, czyli 100% wszystkich badanych zastępców ordynatorów i 10% całej badanej grupy). Fakt ten może wynikać z tego, iż osoby odpowiedzialne za prace innych lekarzy na oddziale, czyli ordynatorzy i ich zastępcy mają więcej zawodowych obowiązków, a tym samym mniej czasu prywatnego. Problem ten dostrzegają także osoby piastujące stanowisko lekarzy. Twierdząco o obecności konfliktu ról wypowiedziały się 54 osoby na stanowisku lekarza (tj. 79,41% osób na stanowisku lekarza oraz 54% całej badanej grupy). Jedynie 14 osób (tj. 20,59% osób na stanowisku lekarza oraz 14% całej badanej grupy), wypowiedziało się, iż nie dostrzega tego problemu. Warto również zaznaczyć, iż wszystkie osoby biorące udział w badaniach i piastujące stanowisko lekarza rezydenta wypowiedziało się, iż nie dostrzegają problemu konfliktu ról. Tak bowiem odpowiedziało 12 osób na stanowisku lekarza rezydenta (tj. 100% osób na stanowisku lekarza rezydenta oraz 12% całej badanej grupy). Sytuacja ta może wynikać z faktu, iż rezydentami są zazwyczaj lekarze młodzi, którzy prawdopodobnie nie zdążyli jeszcze założyć pełnej rodziny i mogą całkowicie poświęcić się pracy zawodowej, tak więc problem konfliktu ról ich nie dotyczy. Sytuację tę pokazuje wykres nr 10.



**Wykres nr 10. Obecność konfliktu ról w zawodzie lekarza – rozkład ze względu na stanowisko pracy, N=100**

Źródło: Opracowanie własne.

Kolejno ankietowani, którzy wypowiedzieli się twierdząco na temat obecności konfliktu ról w zawodzie lekarza, zostali poproszeni o zaznaczenie w kwestionariuszu jakie są przyczyny tego konfliktu. Na to pytanie odpowiadały 74 osoby, czyli ci respondenci, którzy sądzą, iż konflikt ról występuje w zawodzie lekarza. Osoby, które zaznaczyły w poprzednim pytaniu, iż ich zdaniem konflikt ról nie występuje w zawodzie lekarza, tj. 26 osób (czyli 26% całej grupy badanej) nie uczestniczyły w wypełnianiu tego pytania.

Pytanie to zakładało możliwość wyboru wielu odpowiedzi, a kategoria obejmowała takie czynniki jak:

- długi i nienormowany czas pracy;
- nadmierne obowiązki zawodowe;
- nadmierne zaangażowanie się w „życie” szpitala/oddziału;
- niemożność zapewnienia wszystkich potrzeb (zarówno zawodowych, jak i rodzinnych);
- niezrozumienie ze strony rodziny i otoczenia prywatnego;
- inne przyczyny.

Najwięcej respondentów wskazało tu odpowiedź odnoszącą się do nadmiernych obowiązków zawodowych. Tak odpowiedziało aż 70 osób (tj. 94,59% osób odpowiadających na to pytanie oraz 70% całej badanej grupy). Na kolejnych miejscach pod względem liczby wskazań znalazły się:

- na drugim miejscu respondenci wskazywali długi i nienormowany czas pracy (tak odpowiedziało 56 osób, tj. 75,68% osób odpowiadających na to pytanie oraz 56% całej badanej grupy);
- na trzecim miejscu respondenci wskazywali nadmierne zaangażowanie się w sprawy miejsca pracy – szpitala, oddziału (tak odpowiedziały 42 osoby, tj. 56,76% osób odpowiadających na to pytanie oraz 42% całej badanej grupy).

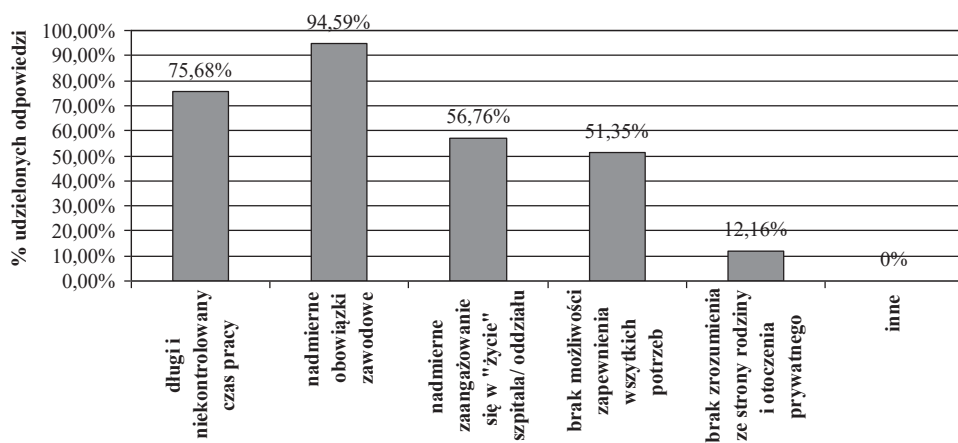
Najrzadziej wybieraną odpowiedzią była ta odnosząca się do niezrozumienia ze strony rodziny i otoczenia prywatnego. Tak odpowiedziało tylko 9 osób (tj. 12,16% osób odpowiadających na to pytanie oraz 12% całej badanej grupy). Żaden z respondentów nie wybrał natomiast odpowiedzi „inne przyczyny”. Sytuację tę przedstawia wykres nr 11.

Zagadnienie konfliktu ról w zawodzie lekarza pojawiło się także w wywiadach. Każdy z badanych uznał, iż taki problem istnieje. W badaniach ilościowych, 26% respondentów odpowiedziało, że takiego problemu nie ma, nie mniej jednak, zdecydowanie większa część respondentów uznała ten problem za obecny (74%). Na tej podstawie można uznać, iż wywiady potwierdziły wyniki ankiet, a także pokazały jakie są przyczyny owego konfliktu. Lekarze uczestniczący w wywiadach jako przyczynę wskazywali specyfikę swojej pracy zawodowej. Oto przykładowe odpowiedzi wybranych badanych:

- Respondent 1 (mężczyzna, wiek 34–45 lat, tytuł lekarza nauk medycznych, stanowisko lekarza, posiadający specjalizację – lekarz chorób wewnętrznych):

życie zawodowe lekarza dość często koliduje z prywatnym, z tego względu, że lekarze często biorą nocne dyżury, a po pracy w szpitalu dorabiają w prywatnych przychodniach i gabinetach. Mają mało czasu dla rodziny [...];

- Respondent 2 (mężczyzna, wiek 34–45 lat, tytuł lekarza nauk medycznych, stanowisko lekarza, posiadający specjalizację – lekarz chorób wewnętrznych):  
lekarze mają mało czasu dla swojej rodziny, ponieważ zajmują się problemami zdrowotnymi innych ludzi [...] Lekarz musi być zawsze dyspozycyjny czasowo, jeśli jest poważny wypadek to wzywają go do szpitala, bierze nocne dyżury, często pracuje w różnych miejscach, nie tylko w szpitalu, stąd też nie ma czasu dla dzieci, rodziny, znajomych [...].



Wykres nr 11. Przyczyny konfliktu ról w zawodzie lekarza, N=74

Źródło: Opracowanie własne.

Feminizacja w zawodzie lekarza to kolejne zagadnienie poruszone w badaniach. Lekarze zostali zapytani w ankiecie, czy ich zdaniem problem ten istnieje. Pytanie zakładało możliwość wyboru jednej odpowiedzi – twierdzącej bądź przeczącej. Rozkład odpowiedzi pokazuje wykres nr 12.

Badania pokazały, iż zdaniem 71% badanych problem ten istnieje, 29% badanej grupy tego problemu nie dostrzegło.

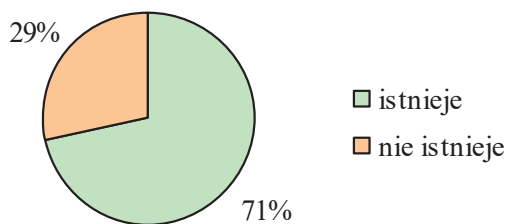
W pytaniu tym respondenci, którzy odpowiedzieli, że problem feminizacji istnieje w zawodzie lekarza, zostali także poproszeni o wpisanie w wyznaczone miejsce tych specjalizacji, które ich zdaniem są zdominowane przez mężczyzn oraz przez kobiety. Lekarze wskazali następujące specjalizacje<sup>2</sup>:

- zdominowane przez mężczyzn:
  - ortopedia – traumatologia;
  - medycyna sądowa;

<sup>2</sup> Specjalizacje zostały wymienione w kolejności od największej liczby wskazań do najmniejszej.



- kardiochirurgia;
- patomorfologia;
- neurochirurgia;
- psychiatria;
- chirurgia rekonstrukcyjna i plastyczna.
- zdominowane przez kobiety:
  - pediatria;
  - dermatologia;
  - okulistyka;
  - medycyna rodzinna;
  - medycyna pracy.



**Wykres nr 12. Problem feminizacji w zawodzie lekarza, N=100**

Źródło: Opracowanie własne.

Badania pokazały także, iż kobiety odpowiedziały w zdecydowanej przewadze swojej płci, że problem ten istnieje. Tak odpowiedziało 36 kobiet, czyli 94,74% wszystkich kobiet biorących udział w badaniach (tj. 36% całej badanej grupy). Tylko 3 kobiety (tj. 7,89% wszystkich kobiet biorących udział w badaniach i 3% całej badanej grupy) wskazały, iż nie widzą takiego problemu. Mężczyźni natomiast w zdecydowanej przewadze swojej płci odpowiedzieli, że problem feminizacji nie istnieje w zawodzie lekarza. Tak odpowiedziało 26 mężczyzn (czyli 41,94% wszystkich mężczyzn biorących udział w badaniach oraz 26% całej badanej grupy). Tych 26 mężczyzn stanowiło 89,66% wszystkich odpowiedzi na nieistnienie problemu feminizacji w zawodzie lekarza. Rozkład powyższych wyników może dowodzić temu, że kobiety częściej wskazują na zjawisko istnienia problemu feminizacji w zawodzie lekarza. Sytuację tę pokazuje wykres nr 13.

Problem feminizacji w zawodzie lekarza pojawił się jako jeden z wątków tematycznych także w wywiadach, które jednak nie potwierdziły wyników ankiet, ponieważ żaden z rozmówców nie wskazał na obecność omawianego problemu. Nie mniej jednak, należy zwrócić uwagę, iż choć w badaniach ilościowych 71% respondentów odpowiedziało, że problem feminizacji występuje w zawodzie lekarza, to rozkład pod względem płci dla tego pytania ankietowego pokazał, iż respondenci, którzy nie dostrzegają tego problemu to w większości mężczyźni. W wywiadach uczestniczącymi osobami byli zaś wyłącznie mężczyźni i możliwe, że ten czynnik spowodował taki rozkład odpowiedzi na to pytanie. Prawdopodobne jest, że męż-

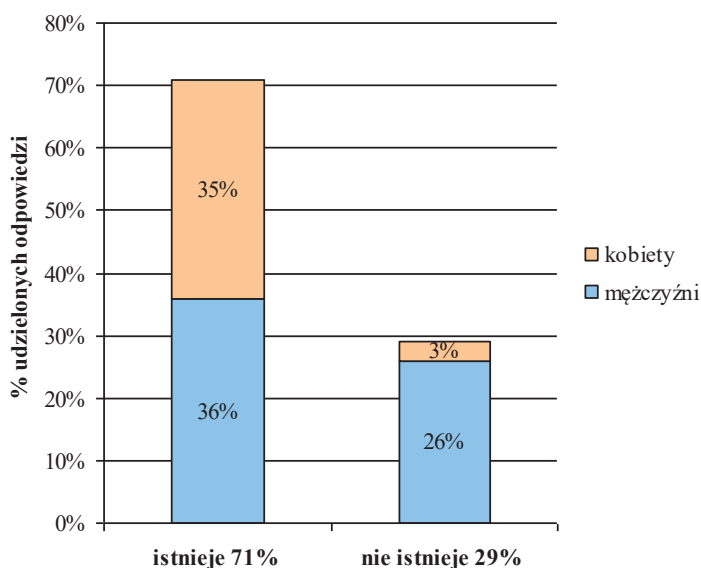
czyżni nie dostrzegają tego problemu, ponieważ nie dotyczy ich on w sposób bezpośredni. Oto przykładowe odpowiedzi wybranych respondentów:

- Respondent 1 (mężczyzna, wiek 34–45 lat, tytuł lekarza nauk medycznych, stanowisko lekarza, posiadający specjalizację – neurolog):

*uwzględam, że ten problem jest sztuczny. Być może kiedyś tak było, ale dziś wydaje mi się, że jest porównywalna liczba kobiet lekarzy, co mężczyzn lekarzy i to bez względu na specjalizację medyczną. Znam bardzo dużo kobiet lekarzy, które są ortopedami, albo neurochirurgami i nigdy nie narzekały, że pracują z samymi mężczyznami, wręcz przeciwnie, kobiety obecnie kształcą się we wszystkich specjalizacjach medycznych i nie mają żadnych barier [...];*

- Respondent 2 (mężczyzna, wiek 34–45 lat, tytuł lekarza nauk medycznych, stanowisko lekarza, posiadający specjalizację – ginekolog):

*nie dostrzegam tego problemu, uważam, że liczba kobiet i mężczyzn w zawodzie lekarza jest raczej porównywalna i to we wszystkich specjalizacjach. Problem feminizacji nie istnieje w moim przekonaniu, jeśli mówimy o zawodzie lekarza, a na pewno nie jest on zauważalny [...].*



Wykres nr 13. Problem feminizacji w zawodzie lekarza – rozkład ze względu na płeć, N=100

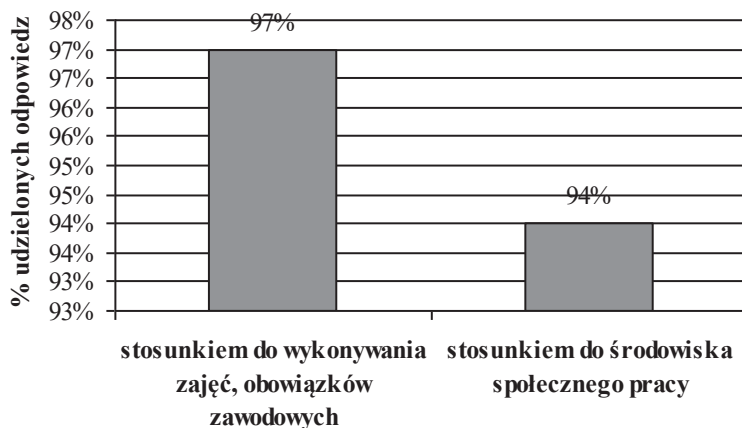
Źródło: Opracowanie własne.

Kolejne zagadnienia poruszone w kwestionariuszu ankiety dotyczyły bezpośrednio pojęcia postawy zawodowej. Respondenci zostali zapytani o to, czym jest dla nich postawa wobec pracy zawodowej. W pytaniu tym istniała możliwość wyboru więcej niż 1 odpowiedzi, a sama kafeteria odejmowała 2 alternatywy:

- stosunkiem do wykonywanych zajęć (obowiązków zawodowych);

- stosunkiem do środowiska społecznego pracy (miejsca pracy, współpracowników, kierownictwa).

Badania pokazały, iż dla 97 lekarzy (tj. 97% całej badanej grupy), ich postawa wobec pracy zawodowej jest stosunkiem do wykonywanych zajęć. Większość z lekarzy zaznaczyła także drugą odpowiedź – stosunkiem do środowiska społecznego pracy. Tę odpowiedź wybrało 94 lekarzy (tj. 94%). Zależność tę pokazuje wykres nr 14.



**Wykres nr 14. Czym jest postawa wobec pracy zawodowej, N=100**

Źródło: Opracowanie własne.

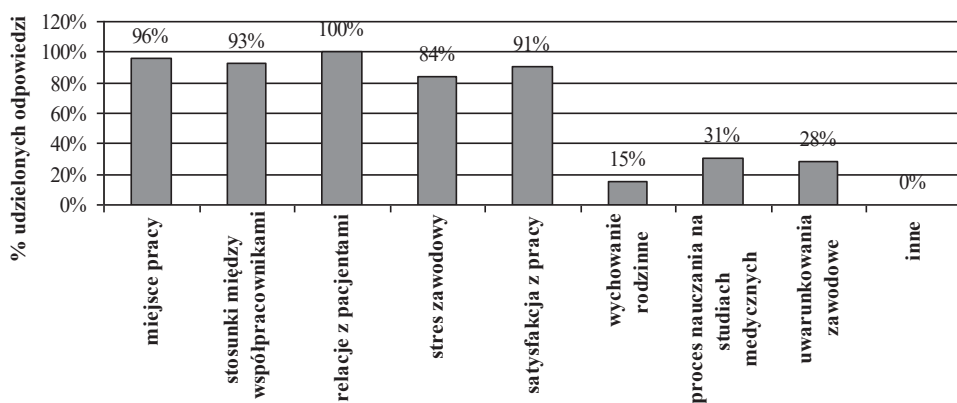
Zbadano również czynniki wpływające na postawy wobec wykonywanego zawodu. Respondenci mieli do wyboru następujące propozycje:

- miejsce pracy (atmosfera w pracy, warunki i organizacja pracy, wysokość zarobków),
- stosunki między współpracownikami;
- relacje z pacjentami;
- stres zawody;
- satysfakcja z pracy zawodowej;
- wychowanie rodzinne;
- proces nauczania na studiach medycznych;
- uwarunkowania zawodowe (doświadczenie zawodowe i staż pracy, stanowisko pracy, tytuł naukowy, przynależność do organizacji zawodowych);
- czynniki inne.

Pytanie to zakładało możliwość wyboru więcej niż 1 odpowiedzi. Wszyscy ankietowani zaznaczyli odpowiedź odnoszącą się do relacji z pacjentami. Oznaczać to może, że czynnik ten jest decydujący w odniesieniu do kształtowania postaw zawodowych lekarzy. Kolejno wskazywano na:

- miejsce pracy (96%);
  - stosunki między współpracownikami (93%);
  - satysfakcję z pracy zawodowej (91%).
- Najrzadziej wybieranymi odpowiedziami były natomiast:
- wychowanie rodzinne (15%);
  - uwarunkowania zawodowe (28%).

Żaden z ankietowanych nie wybrał odpowiedzi „inne czynniki”. Zależność tę obrazuje wykres nr 15.



Wykres nr 15. Czynniki wpływające na postawę wobec zawodu, N=100

Źródło: Opracowanie własne.

Dodatkowo należy podkreślić, iż każdy z lekarzy biorących udział w wywiadzie odpowiadał podobnie jak lekarze biorący udział w badaniu ankietowym. Zdaniem rozmówców, postawa wobec zawodu jest zarówno stosunkiem do wykonywanych obowiązków, jak i stosunkiem do środowiska pracy. Zatem wyniki wywiadów potwierdziły wyniki prowadzonych ankiet, w których prawie wszyscy ankietowani również wybrali obie odpowiedzi. Oto przykładowe wypowiedzi respondentów:

- Respondent 1 (mężczyzna, wiek 34–45 lat, tytuł lekarza nauk medycznych, stanowisko lekarza, posiadający specjalizację – neurolog):  
*uwagam, że moja postawa zawodowa to jest to, co ja sam myślę o efektywności swojej pracy, czyli tym jak wykonuje swoje obowiązki zawodowe oraz tym, co myślę o moim miejscu pracy, o moich współpracownikach, o osobach które leczę [...];*
- Respondent 2 (mężczyzna, wiek 34–45 lat, tytuł lekarza nauk medycznych, stanowisko lekarza, posiadający specjalizację – ginekolog):  
*stosunek do mojej pracy jest nierozzerwalnie związany zarówno z moim podejściem do szpitala, w którym pracuję, do moich kolegów – lekarzy, jak i z moim stosunkiem do obowiązków, które wykonuje na co dzień. Myślę, że jest to taka nierozzerwalna całość [...];*
- Respondent 3 (mężczyzna, wiek 34–45 lat, tytuł lekarza nauk medycznych, stanowisko lekarza, posiadający specjalizację – ginekolog):

*postawa wobec zawodu to temat dość trudny, bo z jednej strony postawa ta jest pozytywna, bo mam poczucie, że dobrze wykonuję swoje obowiązki, ale z drugiej strony postawa ta jest negatywna, bo choć lekarze z którymi pracuje są świetnymi specjalistami, to nieco rozczarowuje mnie miejsce, w którym pracuje [...].*

Kolejno poproszono lekarzy, aby wskazali w kwestionariuszu ankiety w jakich czynnikach wyraża się ich stosunek do pracy zawodowej. W pytaniu tym również istniała możliwość wyboru więcej niż 1 odpowiedzi. Kafeteria odpowiedzi obejmowała następujące alternatywy:

- w poziomie efektywności pracy;
- w stopniu aktywności zawodowej;
- w poziomie dyscypliny pracy;
- w stosunku do współpracowników i kierownictwa;
- w poziomie motywacji do pracy zawodowej;
- w chęci podnoszenia własnych kwalifikacji zawodowych.

Najczęściej wybierane były:

- chęć podnoszenia własnych kwalifikacji zawodowych (tak zaznaczyło 89 osób, tj. 89% całej badanej populacji);
- stosunek do współpracowników i kierownictwa (tak zaznaczyły 82 osoby tj. 82% całej badanej populacji).

Odpowiedziami najrzadziej zaznaczanymi były:

- stopień aktywności zawodowej (42%);
- poziom dyscypliny pracy (51%).

Zależność tę pokazuje wykres nr 16.

Zagadnienie czynników, jakie wpływają na postawy lekarzy wobec pracy zawodowej zostało także poruszone w wywiadach z lekarzami. Każdy z lekarzy badanych odpowiedział, że tym, co wpływa na jego postawę wobec zawodu jest przede wszystkim charakter nawiązanej relacji z pacjentem. Odpowiedź tę w kwestionariuszu ankiety również zaznaczyli wszyscy respondenci. Kolejno, lekarze w wywiadach wskazywali, iż czynnikami wpływającymi na ich postawy zawodowe są:

- satysfakcja z pracy zawodowej;
- stosunki między pracownikami;
- uwarunkowania miejsca pracy.

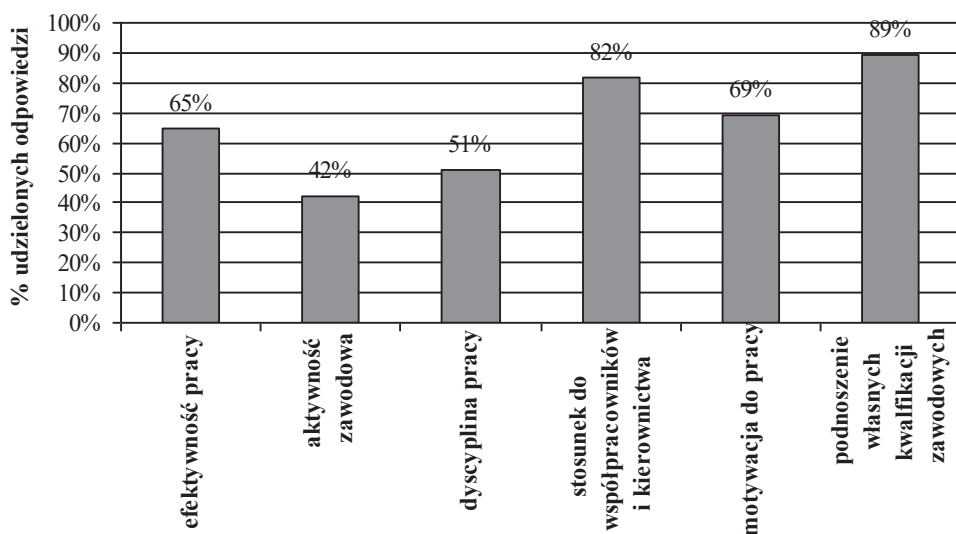
Na tej podstawie możemy wnioskować, iż wyniki wywiadów potwierdziły wyniki prowadzonych ankiet. Oto przykładowe wypowiedzi respondentów:

- Respondent 1 (mężczyzna, wiek 34–45 lat, tytuł lekarza nauk medycznych, stanowisko lekarza, posiadający specjalizację – neurolog):

*na moją postawę zawodową wpływa przede wszystkim to, jaką mam relację z pacjentami. To jest główną determinantą mojej pracy. Nie mniej jednak, liczą się także inne czynniki, chociażby wysokość pensji, układy z innymi lekarzami, to, czy praca sprawia mi przyjemność i satysfakcję [...].*

- Respondent 2 (mężczyzna, wiek 34–45 lat, tytuł lekarza nauk medycznych, stanowisko lekarza, posiadający specjalizację – ginekolog):

*myślę, że wszystkie wymienione przez Panią czynniki mają wpływ na postawy zawodowe lekarzy. Oczywiście najważniejsza wydaje się być relacja z pacjentami, jednak satysfakcja z pracy również jest ważna, bez niej nawet najlepsze relacje z pacjentami tracą znaczenie. Zarobki również mają znaczenie, żeby lekarze mogli mieć satysfakcję z pracy zawodowej powinni dostawać godziwe wynagrodzenie za swój trud [...].*

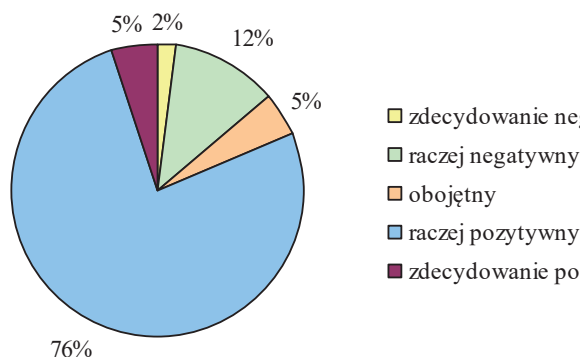


Wykres nr 16. Czynniki, w jakich wyraża się stosunek do pracy zawodowej, N=100

Źródło: Opracowanie własne.

Kolejno pytano respondentów o ich stosunek do obecnego miejsca pracy. Pytanie to zostało skonstruowane w postaci skali Likerta, na której zaznaczono wartości od 1 do 5. Każda wartość oznaczała określony stosunek do miejsca pracy, począwszy od zdecydowanie negatywnego, raczej negatywnego, obojętnego, raczej pozytywnego, aż do zdecydowanie pozytywnego. W pytaniu tym istniała możliwość wyboru 1 wartości na skali. Wyniki pokazały, iż dla zdecydowanej większości respondentów stosunek do obecnego miejsca pracy jest raczej pozytywny. Tak uznało 76% badanych. 5% wskazało, że ich stosunek do miejsca pracy jest zdecydowanie pozytywny. Zdecydowanie negatywny stosunek do miejsca pracy miało 2%, a stosunek raczej negatywny 12%. Sytuację tę pokazuje wykres nr 17.

Na podstawie tych wyników można stwierdzić, iż zdecydowana większość respondentów ma pozytywny stosunek do swojego miejsca pracy, co jest kwestią niezwykle ważną, jeśli rozpatrujemy postawy wobec pracy i satysfakcję zawodową. W tym miejscu warto również uwzględnić odpowiedzi na to pytanie, które skorelowane są ze stanowiskiem pracy.



**Wykres nr 17. Stosunek do obecnego miejsca pracy, N=100**

Źródło: Opracowanie własne.

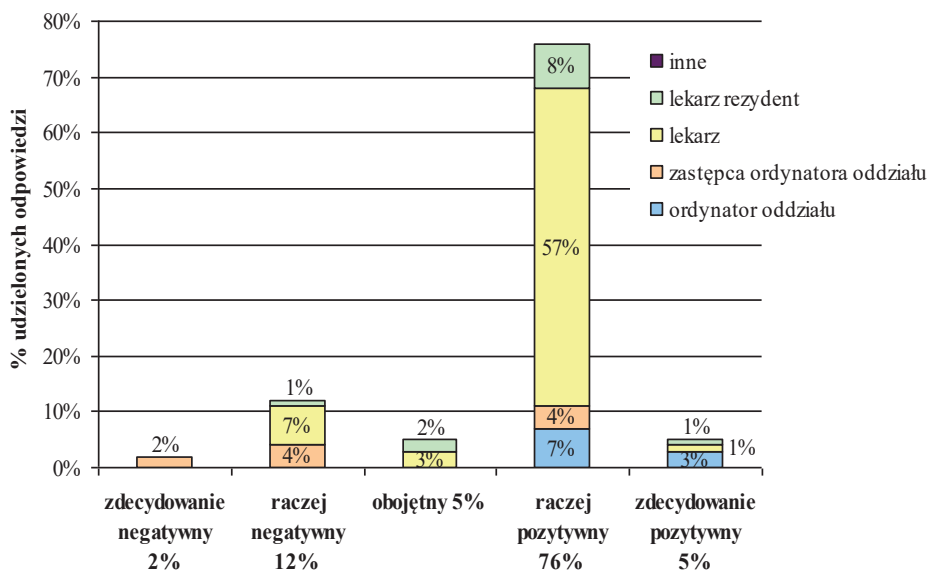
Badania pokazały, iż stosunek zdecydowanie negatywny do miejsca pracy mają wyłącznie zastępcy ordynatorów (tak odpowiedziały 2 osoby, które piastują stanowisko zastępcy ordynatora, czyli 2% wszystkich badanych osób i 20% wszystkich badanych zastępców ordynatorów). 4 osoby piastujące stanowisko zastępcy ordynatora oddziału (tj. 4% wszystkich badanych osób i 40% wszystkich zastępców ordynatorów) odpowiedziały, iż ich stosunek do miejsca pracy jest raczej negatywny. Inaczej natomiast odpowiedzieli ordynatorzy oddziałów, którzy mają stosunek raczej pozytywny (tak odpowiedziało 7 osób, które piastują stanowisko zastępcy ordynatora, czyli 7% wszystkich badanych osób i 70% wszystkich badanych ordynatorów) bądź zdecydowanie pozytywny (tak odpowiedziały 3 osoby, które piastują stanowisko ordynatora, czyli 3% wszystkich badanych osób i 30% wszystkich badanych zastępców ordynatorów). Sytuacja ta może być związana z tym, że ordynator jako kierownik oddziału pełni funkcję najbardziej decyzyjną, a zatem wpływa na to, jak wygląda jego miejsce pracy. Możliwe, że ordynatorzy są zadowoleni ze swojego miejsca pracy (oddziału, szpitala), ponieważ częściowo sami je kształtują. Natomiast zastępcy ordynatorów podlegają pod decyzje wydawane przez ordynatorów, z którymi nie zawsze się zgadzają i istnieje prawdopodobieństwo, iż z tej zależności wynika ich gorszy stosunek do miejsca pracy. Rozkład odpowiedzi ze względu na stanowisko pracy pokazuje również, iż osoby piastujące stanowisko lekarza są raczej zadowolone ze swojego miejsca pracy (tak odpowiedziało 57 osób na stanowisku lekarza, czyli 57% wszystkich badanych osób i 83,82% wszystkich badanych na stanowisku lekarzy). Podobnie jest w przypadku lekarzy rezydentów, którzy również są raczej zadowoleni z miejsca pracy (tak odpowiedziało 8 lekarzy rezydentów, czyli 8% wszystkich badanych osób i 66,67% wszystkich badanych na stanowisku lekarza rezydenta). Rozkład ten dodatkowo pokazuje wykres nr 18.

Zagadnienie stosunku do obecnego miejsca pracy zostało także poruszone w wywiadach z lekarzami. Lekarze odpowiadali bardzo podobnie i żaden z nich nie określił swojego stosunku jako negatywnego. Większość respondentów określała swój stosunek jako bardzo pozytywny, niektórzy wskazywali na mankamenty



pracy, ale ogólnie twierdzili, że ich stosunek jest pozytywny. Reasumując, wyniki wywiadów potwierdziły wyniki prowadzonych ankiet. Oto przykładowe wypowiedzi respondentów:

- Respondent 1 (mężczyzna, wiek 34–45 lat, tytuł lekarza nauk medycznych, stanowisko lekarza, posiadający specjalizację – neurolog):  
*bardzo podoba mi się praca w tym szpitalu, wszystko jest dobrze zorganizowane i wiadome z wyprzedzeniem czasowym [...];*
- Respondent 2 (mężczyzna, wiek 34–45 lat, tytuł lekarza nauk medycznych, stanowisko lekarza, posiadający specjalizację – ginekolog):  
*oczywiście, tak jak wszędzie, są pewne komplikacje, ale od tego nie da się uciec. Generalnie jestem zadowolony [...].*



Wykres nr 18. Stosunek do obecnego miejsca pracy – rozkład ze względu na stanowisko pracy, N=100

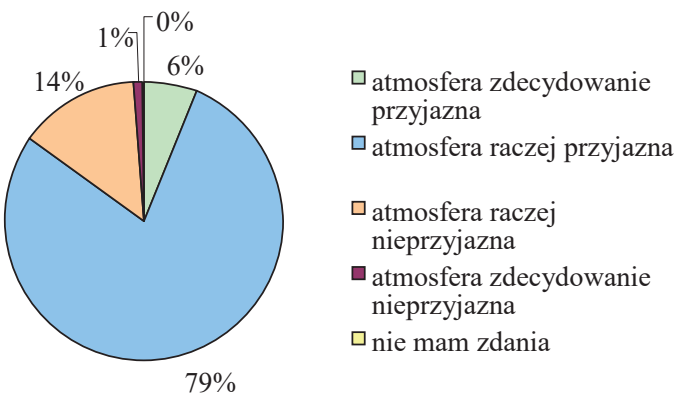
Źródło: Opracowanie własne.

Respondentów zapytano także o kwestię atmosfery pracy w szpitalu. Lekarze zostali poproszeni o określenie, czy ich zdaniem atmosfera jest:

- zdecydowanie przyjazna;
- raczej przyjazna;
- raczej nieprzyjazna;
- zdecydowanie nieprzyjazna;
- bądź wyrazić swój stosunek obojętny.

Pytanie to zakładało możliwość wyboru 1 odpowiedzi. Zdecydowana większość lekarzy zaznaczyła, że atmosfera w szpitalu jest raczej przyjazna. Tak odpowiedziało

79 osób (79%), 6 osób (6%) określiło atmosferę jako zdecydowanie przyjazną. Stosunek raczej negatywny wobec atmosfery w szpitalu wyraziło 14 lekarzy (14%), natomiast atmosferę jako zdecydowanie negatywną określiła jedynie 1 osoba (tj. tylko 1% całej grupy badanej). Żaden z respondentów nie wyraził stosunku obojętnego. Zależność tę obrazuje wykres nr 19.



Wykres nr 19. Atmosfera w miejscu pracy, N=100

Źródło: Opracowanie własne.

Analizując to zagadnienie, warto zwrócić uwagę na rozkład odpowiedzi ze względu na płeć respondentów. Badania pokazały, że tą jedyną osobą, która wskazała, że atmosfera w miejscu pracy jest zdecydowanie nieprzyjazna był mężczyzna (stanowił on 1% całej badanej grupy oraz 1,61% wszystkich badanych mężczyzn). Pozostałe alternatywne odpowiedzi były raczej wyrównane ze względu na płeć. Sytuację tę pokazuje tabela nr 2.

Tabela nr 2. Atmosfera w miejscu pracy – rozkład ze względu na płeć, N=100

	ATMOSFERA									
	Zdecydowanie przyjazna		Raczej przyjazna		Raczej nieprzyjazna		Zdecydowanie nieprzyjazna		Nie mam zdania	
	liczba podana	w %	liczba podana	w %	liczba podana	w %	liczba podana	w %	liczba podana	w %
Ilość wskazań ze względu na płeć	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M
	4	2	30	49	4	10	0	1	0	0
RAZEM	6		79		14		1		0	

Oznaczenia: K – kobieta, M – mężczyzna.

Źródło: Opracowanie własne.

Ankietowani, którzy wskazali, iż ich zdaniem atmosfera w miejscu pracy jest raczej przyjazna (79% badanych), raczej nieprzyjazna (14% badanych) oraz zdecydowanie nieprzyjazna (1% badanych), zostali poproszeni o wskazanie tych czynników, które warto zmienić, aby tę atmosferę poprawić. Łącznie 94 osoby udzielały odpowiedzi na to pytanie.<sup>3</sup> Respondenci, którzy określili, iż atmosfera jest zdecydowanie przyjazna (6%) nie odpowiadali na to pytanie. Wśród czynników, których zmiana mogłaby poprawić atmosferę w miejscu pracy, respondenci mieli do wyboru następujące:

- system pracy;
- podejście pracowników do wykonywanej pracy;
- zarządzanie personelem;
- czas pracy;
- ilość zawodowych obowiązków;
- formalne przepisy i uregulowania;
- nieformalna sieć zależności między współpracownikami;
- inne czynniki.

Pytanie zakładało możliwość wyboru więcej niż 1 odpowiedzi. Najwięcej ankietowanych wskazało na:

- ilości zawodowych obowiązków (tak odpowiedziało 91 osób, czyli 96,81% osób odpowiadających na to pytanie i 91% całej grupy badanej);
- czas pracy (tak odpowiedziały 84 osoby, czyli 89,36% odpowiadających na to pytanie i 84% całej grupy badanej).

Najmniej wskazań padło na:

- podejście pracowników do wykonywanej pracy (tak odpowiedziało 7 osób, czyli 7,45% osób odpowiadających na to pytanie i 7% całej badanej grupy);
- nieformalną sieć zależności między współpracownikami (tak odpowiedziało 15 osób, czyli 15,96% osób odpowiadających na to pytanie i 15% całej badanej grupy).

Żadna z osób nie wskazała odpowiedzi „inne czynniki”. Sytuację tę obrazuje wykres nr 20.

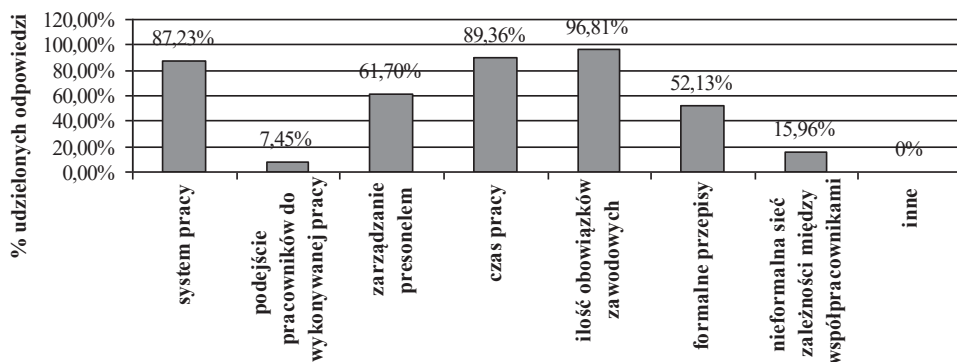
Powyższy rozkład odpowiedzi pokazuje, że lekarze upatrują szansy na poprawę atmosfery w szpitalu głównie w czynnikach, które leżą po stronie samego szpitala i systemu organizacji pracy. Zdaniem badanych, przyczyna tego, że atmosfera w pracy nie jest zdecydowanie pozytywna, nie leży po stronie samych lekarzy i ich sposobu wykonywania pracy.

Temat atmosfery w miejscu pracy został także poruszony w wywiadach z lekarzami. Rozmówcy odpowiadali bardzo podobnie i żaden z nich nie określił atmosfery jako nieprzyjemnej. Przeważały odpowiedzi, iż atmosfera jest przyjacielska i swobodna. Wyniki wywiadów potwierdziły w tym zakresie wyniki otrzymane z badań ankietowych. Przykładowe wypowiedzi respondentów brzmiały tak:

---

<sup>3</sup> W tym przypadku 94 osoby stanowiły 100% badanych dla tego pytania.

- Respondent 1 (mężczyzna, wiek 34–45 lat, tytuł lekarza nauk medycznych, stanowisko lekarza, posiadający specjalizację – ginekolog):  
*atmosfera pracy jest naprawdę super, lekarze wzajemnie sobie pomagają w kłopotach, nie tylko jeśli chodzi o sprawy zawodowe, ale też prywatne, tworzą zgraną grupę, która wspólnie podejmuje trudy codziennej pracy [...];*
- Respondent 2 (mężczyzna, wiek 34–45 lat, tytuł lekarza nauk medycznych, stanowisko lekarza, posiadający specjalizację – lekarz chorób wewnętrznych):  
*atmosfera w szpitalu jest pozytywna, nie zauważyłem żadnych większych konfliktów ani nieporozumień, jedyne co uważam, iż można zmienić, to zarządzanie personelem na szczeblu dyrektorskim [...].*



Wykres nr 20. Czynniki, które należy zmienić, aby poprawić atmosferę pracy w szpitalu, N= 94

Źródło: Opracowanie własne.

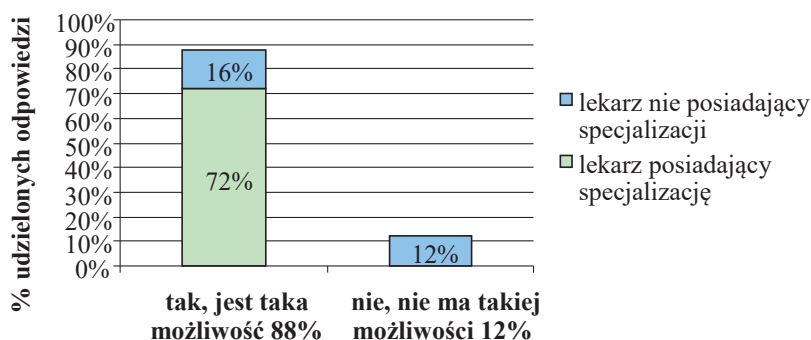
Możliwość nabywania dodatkowych kwalifikacji zawodowych to kolejne zagadnienie poruszone w kwestionariuszu ankiety. W pytaniu tym istniała możliwość wyboru 1 odpowiedzi – twierdzącej bądź przeczącej. 88 osób (88% badanej grupy) odpowiedziało, że takie możliwości istnieją, 12 osób (12% badanej grupy) uznało, że takich możliwości nie ma. Rozkład odpowiedzi widoczny jest na wykresie nr 21.



Wykres nr 21. Możliwość podnoszenia kwalifikacji zawodowych w miejscu pracy, N=100

Źródło: Opracowanie własne.

W pytaniu tym ciekawy był rozkład odpowiedzi respondentów ze względu na fakt posiadania bądź nieposiadania specjalizacji medycznej. Wszyscy lekarze, którzy posiadają specjalizację medyczną i brali udział w badaniach, odpowiedzieli, iż w ich miejscu pracy istnieją możliwości podnoszenia własnych kwalifikacji zawodowych. Lekarze ci stanowili grupę 72 osób (czyli 100% wszystkich badanych lekarzy ze specjalizacją oraz 72% całej grupy badanej). Lekarze bez specjalizacji odpowiedzieli w większości na to pytanie także, że istnieje taka możliwość (tak zaznaczyło 16 lekarzy bez specjalizacji, tj. 57,14% wszystkich badanych lekarzy bez specjalizacji i 16% całej grupy badanej), jednak część z nich wskazywała również, że nie mają możliwości podnoszenia własnych kwalifikacji zawodowych w swoim miejscu pracy. Takiej odpowiedzi udzieliło 12 lekarzy bez specjalizacji (tj. 42,86% wszystkich badanych lekarzy bez specjalizacji i 12% całej grupy badanej). Sytuację tę obrazuje wykres nr 22.



**Wykres nr 22. Możliwość podnoszenia kwalifikacji zawodowych w miejscu pracy – rozkład ze względu na posiadanie specjalizacji bądź nie, N=100**

Źródło: Opracowanie własne.

Możliwe, iż lekarze biorący udział w badaniu, którzy nie posiadają specjalizacji zawodowej, nie mogą jej uzyskać nie ze względu na braku chęci doksztalcania, ale z przyczyn od nich niezależnych (przykładowo, brak miejsc specjalizacyjnych) i sytuację tę odbierają jako niemożliwość doksztalcania zawodowego w ich miejscu pracy.

Osoby, które odpowiedziały na pytanie, iż ich zdaniem istnieją możliwości nabycia dodatkowych kwalifikacji zawodowych w miejscu pracy (tj. 88%) zostały zapytane, o to jakie te możliwości są. Ankietowani, którzy zaznaczyli, że nie ma takich możliwości (tj. 12%), nie wypełniali tego pytania.<sup>4</sup> Kafeteria odpowiedzi na to pytanie obejmowała takie czynniki jak:

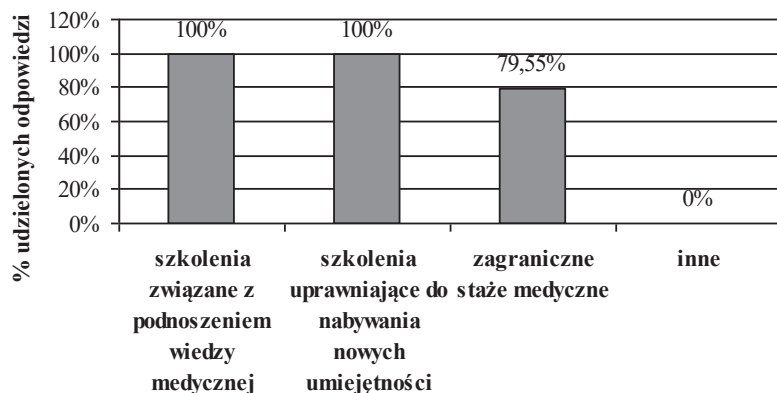
- dodatkowe szkolenia związane z poszerzaniem wiedzy medycznej;
- dodatkowe szkolenia uprawniające do nabycia nowych umiejętności w zakresie medycyny;
- zagraniczne staże medyczne;
- „inne możliwości”.

<sup>4</sup> W tym przypadku 88 osób stanowiło 100% badanych dla tego pytania.

Wszystkie osoby wypełniające to pytanie (czyli 88 osób, tj. 100% osób odpowiadających na to pytanie i 88% całej badanej grupy) zaznaczyły odpowiedzi:

- dodatkowe szkolenia związane z poszerzaniem wiedzy medycznej;
- dodatkowe szkolenia uprawniające do nabycia nowych umiejętności w zakresie medycyny.

Część respondentów zaznaczyła także odpowiedź odnoszącą się do zagranicznych staży medycznych. Odpowiedź tę wybrało 70 osób (tj. 79,55% osób odpowiadających na to pytanie i 70% całej badanej grupy). Żaden z respondentów nie wybrał natomiast odpowiedzi „inne możliwości”. Sytuację tę obrazuje wykres nr 23.



**Wykres nr 23.** Istniejące możliwości rozwoju zawodowego w miejscu pracy, N=88

Źródło: Opracowanie własne.

Kolejne pytanie ankietowe dotyczyło występowania określonych praktyk nieformalnych w miejscu pracy (tj. w badanym szpitalu). Respondenci zostali poproszeni o zaznaczenie w tabeli, które z wymienionych praktyk mają miejsce w ich pracy. W pytaniu tym istniała możliwość wyboru 1 odpowiedzi przy danej praktyce (występuje bądź nie występuje). Wśród wymienionych praktyk znalazły się następujące:

- szczególne powitanie nowych pracowników – lekarzy;
- wspólne spotkania pracowników – lekarzy na gruncie nieformalnym;
- pomoc i solidarność zawodowa.

Szczegółowy obraz tego pytania i jego wyniki przedstawia tabela nr 3.

W pytaniu tym ciekawie wygląda rozkład dla poszczególnych praktyk nieformalnych w miejscu pracy ze względu na korelację z płcią. Jeśli chodzi o praktykę nieformalną związaną ze szczególnym powitaniem nowych pracowników – lekarzy i korelację tego czynnika z płcią, to jedynie 7 osób zaznaczyło, iż taka procedura istnieje w ich miejscu pracy i co ważne – wszystkimi tymi osobami były kobiety. Stanowiły one 7% całej badanej grupy (tj. 18,42% wszystkich kobiet biorących udział w badaniu). Warto tu zaznaczyć, iż kobiety częściej decydowały się na odpowiedź, iż takie praktyki w ich miejscu pracy nie występują. Tak zaznaczyło 31 ko-

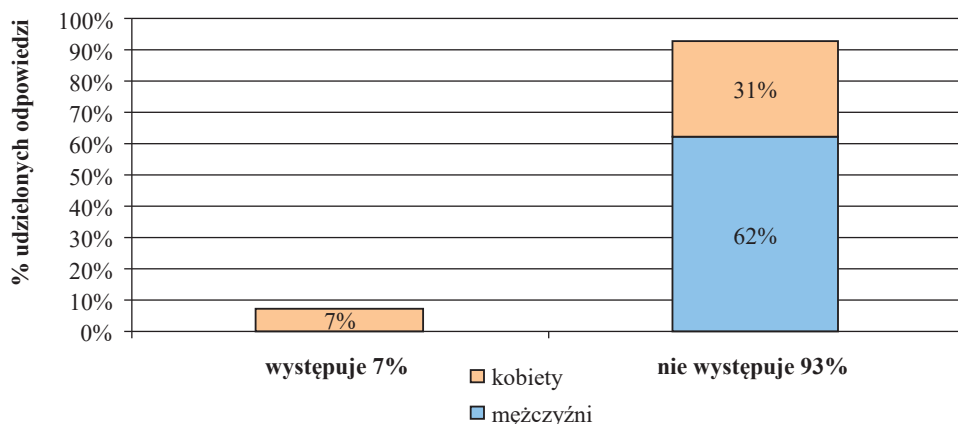
biet (tj. 81,56% wszystkich kobiet biorących udział w badaniu oraz 31% całej badanej grupy).

**Tabela nr 3. Nieformalne praktyki w miejscu pracy, N=100**

L.p.	Praktyki	Występują liczba podana w %	Nie występują liczba podana w %	RAZEM liczba podana w %
1	Szczególne powitanie nowych pracowników – lekarzy	7	93	100
2	Wspólne spotkania pracowników – lekarzy na gruncie nieformalnym	29	71	100
3	Pomoc i solidarność zawodowa	85	15	100

Źródło: Opracowanie własne.

Natomiast wszyscy mężczyźni biorący udział w badaniu (tj. 62 osoby, czyli 62% całej badanej grupy i 100% wszystkich mężczyzn biorących udział w badaniach) zaznaczyli odpowiedź, iż praktyka związana z powitaniem nowych lekarzy nie występuje w ich miejscu pracy. Sytuację tę obrazuje wykres nr 24.



**Wykres nr 24. Szczególne powitanie nowych pracowników – rozkład ze względu na płeć, N=100**

Źródło: Opracowanie własne.

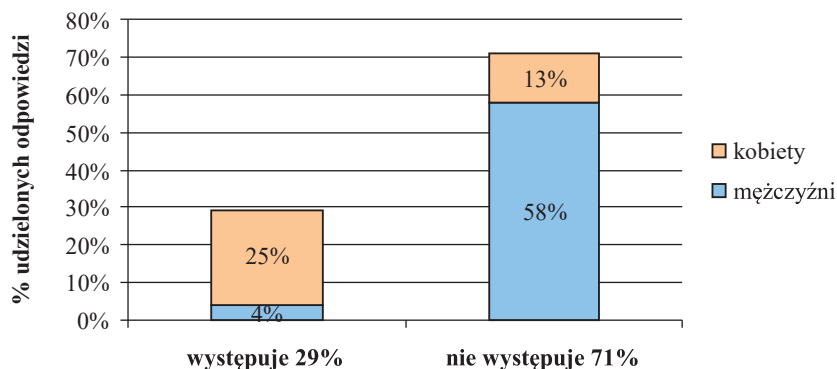
Jeśli chodzi o kolejną praktykę, czyli wspólne spotkania pracowników – lekarzy na gruncie nieformalnym, to rozkład ze względu na płeć pokazał następującą zależność:

- większość kobiet (tj. 25 osób, czyli 65,79% wszystkich kobiet biorących udział w badaniach i 25% całej badanej grupy) zaznaczyła odpowiedź, że takie spotkania występują;



- większość mężczyzn (tj. 58 osób, czyli 93,55% wszystkich mężczyzn biorących udział w badaniach i 58% całej badanej grupy) zaznaczyła odpowiedź, że takie spotkania nie występują.

Zależność tę pokazuje wykres nr 25.



**Wykres nr 25. Wspólne spotkania pracowników na gruncie nieformalnym – rozkład ze względu na płeć, N= 100**

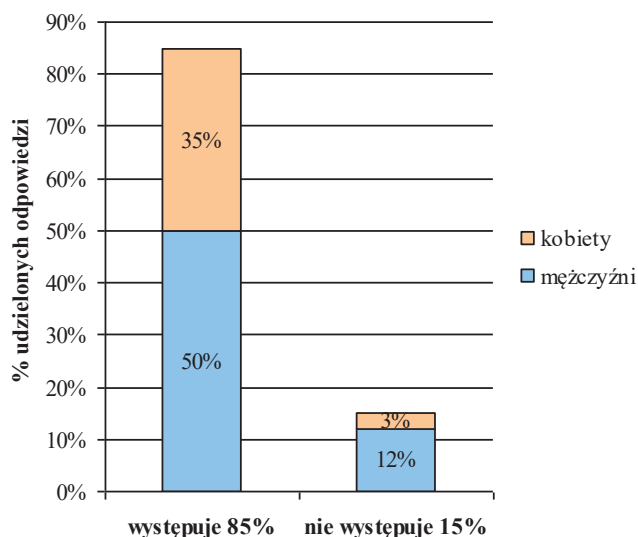
Źródło: Opracowanie własne.

W kwestii ostatniej nieformalnej praktyki związanej ze wzajemną pomocą i solidarnością zawodową, to rozkład ze względu na płeć pokazał, iż więcej mężczyzn (bo aż 12 osób, czyli 19,35% wszystkich mężczyzn biorących udział w badaniach i 12% całej badanej grupy) niż kobiet (bo tylko 3 osoby, czyli 7,89% wszystkich kobiet biorących udział w badaniach i 3% całej badanej grupy) uznało, że nie istnieje solidarność i pomoc wśród lekarzy, z którymi współpracują. Pociągający jest fakt, że zarówno większa część mężczyzn (bo aż 50 osób, czyli 80,65% wszystkich mężczyzn biorących udział w badaniach i 50% całej badanej grupy), jak i kobiet (bo aż 35 osób, czyli 92,11% wszystkich kobiet biorących udział w badaniach i 35% całej badanej grupy) uznała, że solidarność i wzajemna pomoc występują w ich pracy zawodowej. Zależność tę pokazuje wykres nr 26.

Kolejne pytanie ankietowe dotyczyło występowania konfliktów między współpracującymi lekarzami. Pytanie to zakładało możliwość wyrobu 1 odpowiedzi (konflikty występują, bądź konflikty nie występują). Odpowiedzi ankietowanych przedstawiały się następująco:

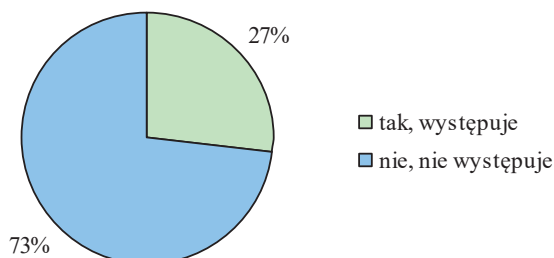
- zdaniem 73 osób (tj. 73% całej badanej grupy) konflikty nie występują;
- zdaniem 27 osób (tj. 27% całej badanej grupy) konflikty występują.

Rozkład tych odpowiedzi przedstawia wykres nr 27.



**Wykres nr 26. Pomoc i solidarność zawodowa – rozkład ze względu na płeć, N=100**

Źródło: Opracowanie własne.



**Wykres nr 27. Obecność konfliktów między współpracującymi lekarzami, N=100**

Źródło: Opracowanie własne.

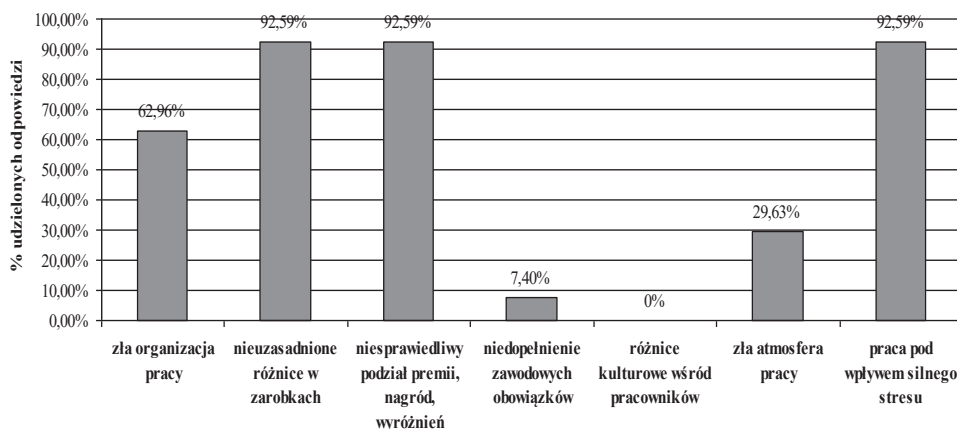
Osoby, które odpowiedziały na pytanie, iż ich zdaniem występują konflikty między współpracującymi lekarzami (tj. 27 osób, czyli 27% całej grupy badanej) zostały zapytane, o to jakie są przyczyny owych konfliktów. Ankietowani, którzy zaznaczyli, że nie dostrzegają konfliktów (tj. 73 osoby, czyli 73% całej grupy badanej), nie wypełniali tego pytania.<sup>5</sup> Pytanie to zakładało możliwość wyboru więcej niż 1 odpowiedzi. Kafeteria odpowiedzi na to pytanie obejmowała takie czynniki jak:

- zła organizacja pracy;
- nieuzasadnione różnice w zarobkach;
- niesprawiedliwy podział premii, nagród, wyróżnień;
- niedopełnienie zawodowych obowiązków;

<sup>5</sup> W tym przypadku 27 osób stanowiło 100% badanych dla tego pytania.

- różnice kulturowe wśród pracowników;
- zła atmosfera pracy;
- praca pod wpływem silnego stresu.

Najczęściej wybieraną odpowiedzią była ta odnosząca się do pracy pod wpływem silnego stresu. Odpowiedź tę wybrało 25 osób (czyli 92,59% osób odpowiadających na to pytanie oraz 25% całej grupy badanej). Równie często wskazywano na odpowiedzi odnoszące się do nieuzasadnionych różnic w zarobkach (odpowiedź tę wybrało 25 osób, czyli 92,59% osób odpowiadających na to pytanie oraz 25% całej grupy badanej) oraz niesprawiedliwego podziału premii, nagród i wyróżnień (odpowiedź tę wybrało 25 osób, czyli 92,59% osób odpowiadających na to pytanie oraz 25% całej grupy badanej). Najrzadziej wybierana odpowiedzią była ta odnosząca się do niedopełniania zawodowych obowiązków. Odpowiedź tę zaznaczyły tylko 2 osoby (czyli 7,41% osób odpowiadających na to pytanie oraz 2% całej grupy badanej). Rzadko również respondenci zaznaczali odpowiedź odnoszącą się do złej atmosfery pracy. Odpowiedź tę wybrało 8 osób (czyli 29,63% osób odpowiadających na to pytanie oraz 8% całej grupy badanej). Żaden z respondentów nie zaznaczył odpowiedzi odnoszącej się do różnic kulturowych wśród pracowników, co świadczyć może o tym, iż badani lekarze są grupą w miarę jednolitą kulturowo, bądź też nie widzą w czynniku różnicy kulturowej przyczyny występujących konfliktów. Rozkład odpowiedzi pokazuje wykres nr 28.



**Wykres nr 28. Przyczyny sytuacji konfliktowych między lekarzami, N=27**

Źródło: Opracowanie własne.

Na podstawie tych wyników możemy sądzić, iż lekarze większą winą za występowanie zjawisk konfliktowych obarczają same uwarunkowani ich pracy bądź system zarządzania w szpitalu. Mniejszą winę widzą po stronie samych lekarzy, czyli przykładowo efektywności i sposobie pracy.

Warto w tym miejscu zaznaczyć, iż lekarze, którzy brali udział w prowadzonych wywiadach, także w większości nie zauważali konfliktów między współpracownikami. Podobna sytuacja miała miejsce w wynikach ankiet. Tam również większość badanych lekarzy (73%) nie odpowiadała twierdząco na obecność konfliktów między przedstawicielami swojej grupy zawodowej. Na tej podstawie można stwierdzić, że wyniki wywiadów potwierdzają wyniki ankiet.

Kolejna badana kwestia dotyczyła występowania stresu w pracy zawodowej lekarza. Ankietowani zostali zapytani o to, czy ich zdaniem praca lekarza jest stresująca. Pytanie to zakładało możliwość wyboru 1 odpowiedzi i skonstruowane było w postaci skali Likerta. Respondenci mogli zaznaczyć na skali jedną z podanych opcji:

- praca lekarza zdecydowanie nie jest stresująca;
- praca lekarza raczej nie jest stresująca;
- stosunek obojętny względem stresu w pracy lekarza;
- praca lekarza raczej jest stresująca;
- praca lekarza zdecydowanie jest stresująca.

Rozkład odpowiedzi ułożył się w ten sposób, że żaden z ankietowanych nie wybrał następujących odpowiedzi:

- praca lekarza zdecydowanie nie jest stresująca;
- praca lekarza raczej nie jest stresująca;
- stosunek obojętny względem stresu w pracy lekarza.

Zdecydowana większość ankietowanych odpowiedziała, że praca lekarza jest zdecydowanie stresująca. Opcję tą wybrało 95 osób, czyli 95% całej grupy badanej. Natomiast pozostałe 5 osób (tj. 5% całej grupy badanej) wybrała odpowiedź, iż praca lekarza jest raczej stresująca. Powyższy rozkład odpowiedzi wyraźnie pokazuje, iż wszyscy badani lekarze postrzegają swoją pracę jako stresującą, tak więc dostrzegają ten problem zawodowy. Rozkład odpowiedzi pokazuje wykres nr 29.

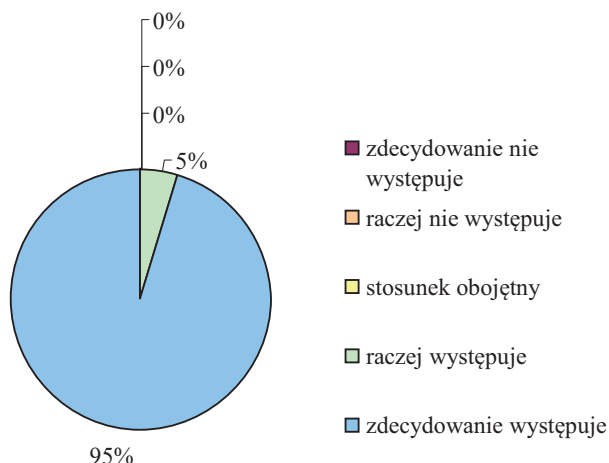
Osoby, które odpowiedziały na pytanie, iż ich zdaniem praca lekarza jest zdecydowanie stresująca (95% całej grupy badanej) bądź raczej stresująca (5% całej grupy badanej) poproszone zostały o wskazanie przyczyn stresu w ich codziennej pracy.<sup>6</sup> Pytanie to zakładało możliwość wyboru więcej niż 1 odpowiedzi. Kafeteria odpowiedzi na to pytanie obejmowała takie czynniki jak:

- sposób działania instytucji medycznych;
- zakres współpracy między lekarzami oraz między lekarzami i pacjentami;
- praca w warunkach silnych emocji i napięć;
- zróżnicowany charakter pracy ze względu na specyfikę instytucji medycznych;
- bycie obciążonym problemami pacjenta;
- silne poczucie odpowiedzialności;
- brak wsparcia ze strony rodziny;
- konflikt między pracą a życiem prywatnym (rodziną);
- konieczność podporządkowania się pod wymagania stawiane przez społeczeństwo;

---

<sup>6</sup> 100% ankietowanych dla tego pytania stanowiła grupa 100 osób.

- bezpieczeństwo pracy zawodowej;
- czas pracy;
- atmosfera pracy;
- relacje z innymi grupami zawodowymi.



**Wykres nr 29. Obecność stresu w pracy zawodowej lekarza, N=100**

Źródło: Opracowanie własne.

Wszyscy ankietowani zaznaczyli w tym pytaniu odpowiedź odnoszącą się do silnego poczucia odpowiedzialności. Tak uznało 100 osób (tj. 100% całej badanej grupy). Prawie wszyscy ankietowani wybrali także odpowiedź odnoszącą się do pracy w warunkach silnych emocji i napięć. Tę odpowiedź zaznaczyło 99 osób, czyli 99% całej grupy badanej. Często wybieraną odpowiedzią była również ta odnosząca się do zakresu współpracy między lekarzami oraz między lekarzem i pacjentem. Tak uznało 79 osób, czyli 79% całej grupy badanej. Natomiast do najrzadziej zaznaczanych odpowiedzi należały:

- atmosfera pracy (odpowiedź tę wybrało 5 osób, czyli 5% osób odpowiadających na to pytanie i 5% całej grupy badanej);
- bezpieczeństwo pracy zawodowej (odpowiedź tę wybrało 10 osób, czyli 10% osób odpowiadających na to pytanie i 10% całej grupy badanej).

Warto także zaznaczyć, iż żaden z respondentów nie wybrał takich odpowiedzi jak:

- zróżnicowany charakter pracy ze względu na specyfikę instytucji medycznych;
- brak wsparcia ze strony rodziny;
- konieczność podporządkowania się pod wymagania stawiane przez społeczeństwo;
- relacje z innymi grupami zawodowymi.

Rozkład tych czynników pełniej pokazuje tabela nr 4.

**Tabela nr 4. Źródła stresu zawodowego lekarzy – rozkład ogólny oraz ze względu na płeć, N=100**

L.p.	Źródła stresu	Ilość wskazań ogółem oraz ze względu na płeć		
		Mężczyźni liczba podana w %	Kobiety liczba podana w %	RAZEM liczba podana w %
1	Sposób działania instytucji medycznych	54	20	74
2	Zakres współpracy między lekarzami	60	19	79
3	Praca w warunkach silnych emocji i napięć	61	38	99
4	Zróznicowany charakter pracy ze względu na specyfikę instytucji medycznych	0	0	0
5	Bycie obciążonym problemami pacjenta	6	15	21
6	Silne poczucie odpowiedzialności	62	38	100
7	Brak wsparcia ze strony rodziny	0	0	0
8	Konflikt między pracą a życiem prywatnym	27	35	62
9	Konieczność podporządkowania się pod wymagania stawiane przez społeczeństwo	0	0	0
10	Bezpieczeństwo pracy zawodowej	2	8	10
11	Czas pracy	8	10	18
12	Atmosfera pracy	2	3	5
13	Relacje z innymi grupami zawodowymi	0	0	0

Źródło: Opracowanie własne.

Na podstawie tych wyników możemy stwierdzić, iż lekarze źródła swojego stresu zawodowego upatrują głównie w charakterze swojej pracy (odpowiedzialność, emocje, napięcia, spotkania z pacjentami, brak czasu na życie prywatne), mniejsze znaczenie przywiązują pod tym względem do relacji z innymi lekarzami, bądź do wymagań społecznych. Można także stwierdzić, iż rozkład powyższych czynników ze względu na płeć nie jest bardzo zróżnicowany pod względem merytoryki badań.

Zagadnienie stresu zawodowego zostało także poruszone w wywiadach z lekarzami. Każdy z dwunastu badanych lekarzy odpowiedział, że stres zawodowy występuje w pracy lekarza, oraz że stres wpływa na postawy lekarzy wobec zawodu. Wszystkie osoby udzielające wywiadu odpowiadały, że głównymi źródłami stresu zawodowego w ich pracy są:

- poczucie odpowiedzialności;
- praca w warunkach emocji.

Sporadycznie zdarzały się także odpowiedzi wskazujące, że źródłem stresu są:

- sposób działania instytucji medycznych (tj. szpitala);
- konflikt ról.

Podobne wskazania przedstawiają wyniki ankiet, dlatego można stwierdzić, iż wyniki wywiadów potwierdziły wyniki prowadzonych ankiet. Oto przykładowe wypowiedzi respondentów:

- Respondent 1 (mężczyzna, wiek 34–45 lat, tytuł lekarza nauk medycznych, stanowisko lekarza, posiadający specjalizację – neurolog):

*moim zdaniem praca lekarza należy do jednej z najbardziej stresowych profesji i to oczywiście wpływa na postawy zawodowe. Właściwie wszystkie czynniki, które Pani wymieniła są źródłem stresu w pracy lekarza, nie mniej jednak specyfika naszej pracy, czyli codzienne odpowiedzialność za ludzkie życie i zdrowie oraz ogromna ilość emocji i napięć są kluczowymi przyczynami stresów lekarzy, których nie sposób uniknąć. On po prostu jest. Jedyne co można, to próbować się do tego przyzwyczaić i sprawić, aby nie był on paralizujący a motywujący do pracy, aby pomagał się skupić i szybko działać, a nie ograniczał decyzje i sposób racjonalnego myślenia. Stres nie może zamykać umysłu [...]. Nasz stres nie powinien być także widoczny dla pacjenta [...];*

- Respondent 2 (mężczyzna, wiek 34–45 lat, tytuł lekarza nauk medycznych, stanowisko lekarza, posiadający specjalizację – ginekolog):

*to, że zawód lekarza jest wykonywany pod wpływem ciągłego stresu, to nie ulega najmniejszej wątpliwości. Z racji tego, że stres nie jest czymś pozytywnym, to wpływa negatywnie na postawy zawodowe, choć każdy kto decyduje się na wykonywanie tego zawodu powinien wiedzieć, iż wliczony jest w niego stres i to stres codzienny, ustawiczny. Tak naprawdę nie mamy na to wpływu, już na wstępie musimy brać to pod uwagę i się z tym liczyć [...]. Dla mnie najbardziej stresogenne jest to, że pracując cały czas, lekarz musi podejmować odpowiedzialne decyzje. Każdy, nawet najmniejszy błąd może kosztować ludzkie życie [...]. Zdarza się także, że sam szpital może być czynnikiem stresogennym, ponieważ formalne przepisy są czasem kuriozalne i potęgują napięcia zawodowe lekarzy. W dobie dzisiejszej biurokracji ciężko uwolnić się od stresu „papierowego” [...].*

W dalszej części kwestionariusz ankiety dotyczył wpływu relacji na linii lekarz–pacjent na postawy zawodowe badanych. Lekarze zostali wstępnie zapytani o to, czy rodzaj nawiązanej relacji z pacjentem oddziałuje na ich postawy wobec pracy zawodowej. W pytaniu tym istniała możliwość wyboru 1 odpowiedzi (twierdzącej lub przeczącej). Badania pokazały, iż dla 96 osób (tj. 96% całej grupy badanej) relacje z pacjentami mają wpływ na postawy zawodowe. Tylko zdaniem 4 osób (tj. 4% całej grupy badanej) relacje te wpływu nie wywierają. Rozkład odpowiedzi pokazuje wykres nr 30.





**Wykres nr 30. Wpływ relacji lekarza z pacjentem na postawę lekarza wobec pracy zawodowej, N=100**

Źródło: Opracowanie własne.

Kolejno respondenci zostali zapytani jaki rodzaj komunikacji z pacjentem preferują w swojej pracy zawodowej. Pytanie to, podobnie jak poprzednie, również zakładało możliwość wyboru 1 odpowiedzi. Kafeteria odpowiedzi obejmowała następujące alternatywy:

- model komunikacji oparty na wymianie przekazu i jednoczesnym wzajemnym odbiorze interakcji;
- model przyjacielski oparty na humanizmie wobec osoby pacjenta oraz rezygnacji lekarza z pozycji dominującej i skłonności do wyrażania własnych odczuć i emocji przy jednoczesnej wzajemnej akceptacji i zaufaniu, chęci współpracy z pacjentem i empatii;
- model transakcyjny oparty na komplementarnej współpracy lekarza z pacjentem, na negocjowaniu warunków leczenia z pacjentem;
- model konfliktowy, u którego podstaw leży przekonanie lekarza, iż jego interes jest rozbieżny z interesem pacjenta i opiera się na zderzeniu dwóch odmiennych perspektyw, które nie są możliwe do pogodzenia;
- model funkcjonalny, który opiera się na obiektywizmie lekarza, jego neutralności emocjonalnej, bezstronności i prezentowaniu postawy dominacji nad pacjentem z racji pełnionej zawodowo i społecznie funkcji;
- model społeczno-kulturowy, oparty na odgrywaniu wyznaczonych ról, które warunkowane są normami społecznymi i kulturowymi w danym społeczeństwie.

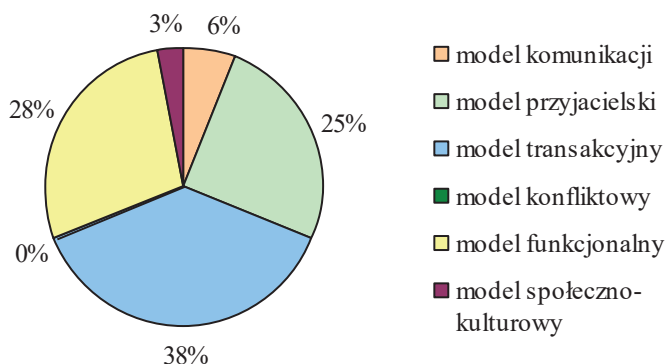
Wyniki ukształtowały się w sposób następujący:

- najczęściej wskazań otrzymał model komunikacji nazwany transakcyjnym. Odpowiedź tę wybrało 38 osób (tj. 38% całej badanej grupy). Widać tu, iż decydującą rolę dla badanych lekarzy miała komplementarna współpraca jaką nawiązują z pacjentem. Istotne jest tutaj negocjowanie warunków leczenia obu stron;
- na drugim miejscu pod względem ilości zaznaczeń, znalazł się model funkcjonalny. Odpowiedź tę wybrało 28 osób (tj. 28% całej badanej grupy). Wybierając ten model, lekarze dali dowód, iż cenią sobie lekarski obiektywizm w komu-

nikacji z pacjentem oraz iż istotna jest dla nich bezstronność, wyeliminowanie emocji, ale także pokazanie swojej dominacji nad osobą chorego;

- na kolejnym miejscu znalazł się model przyjacielski. Odpowiedź tę wybrało 25 osób (tj. 25% całej badanej grupy) dając tym samym do zrozumienia, iż w komunikacji z pacjentem liczy się dla lekarzy przede wszystkim rezygnacja z pozycji dominującej oraz głęboko humanistyczna postawa wobec osoby pacjenta;
- modelami najrzadziej wybieranymi były model społeczno-kulturowy, który wybrało jedynie 3 respondentów (tj. 3% całej badanej grupy) oraz model komunikacji, który wybrało 6 respondentów (6% całej badanej grupy);
- model konfliktowy nie był wybierany przez respondentów.

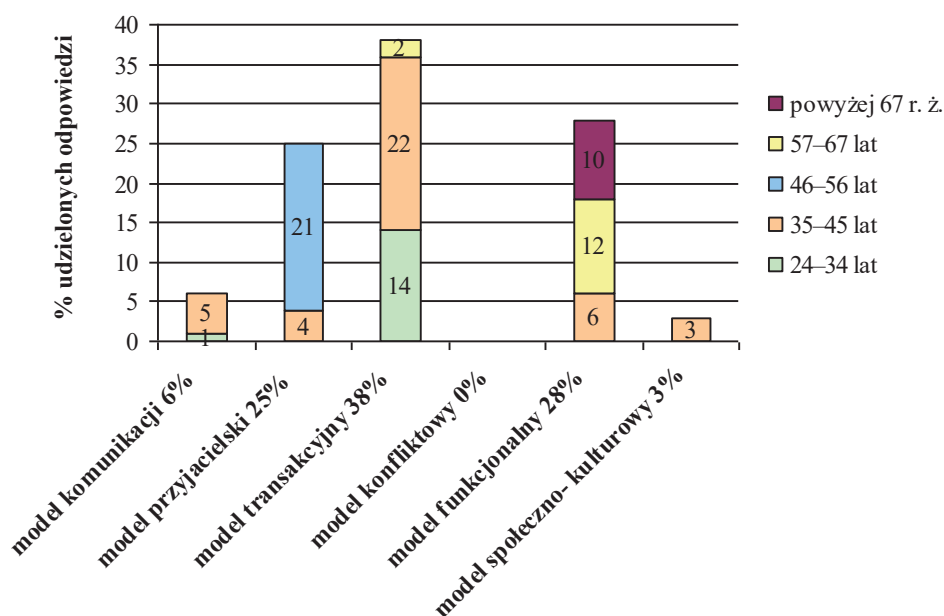
Rozkład odpowiedzi pokazuje wykres nr 31.



**Wykres nr 31. Preferowany model komunikacji z pacjentem, N=100**

Źródło: Opracowanie własne.

W pytaniu tym warto pokazać korelację odpowiedzi ze względu na wiek respondentów. Badania pokazały ciekawą zależność. Najwięcej lekarzy w wieku 24–34 lat wybrało model transakcyjny (odpowiedź tę wybrało 14 lekarzy w tej grupie wiekowej, czyli 93,33% wszystkich lekarzy w wieku 24–34 lat biorących udział w badaniach). Odpowiedzi lekarzy w wieku 35–45 lat były najbardziej zróżnicowane, jednak ta grupa wiekowa najczęściej wybierała również odpowiedź wskazującą na model transakcyjny (tak odpowiedziały 22 osoby, czyli 55% wszystkich lekarzy w wieku 35–45 lat biorących udział w badaniach). Ciekawy jest również fakt, iż wszyscy lekarze w wieku 46–56 lat wybrali model przyjacielski (tak odpowiedziało 21 osób, czyli 100% wszystkich lekarzy w wieku 46–56 lat biorących udział w badaniach). Zdecydowana większość lekarzy w wieku 57–67 lat (tj. 12 osób, czyli 85,71% wszystkich lekarzy w wieku 57–67 lat biorących udział w badaniach) oraz wszyscy lekarze w wieku powyżej 67 roku życia (tj. 10 osób, czyli 100% wszystkich lekarzy w wieku powyżej 67 roku życia biorących udział w badaniach) wybrali model funkcjonalny, co może oznaczać, iż model ten preferowany jest wśród lekarzy starszego pokolenia. Rozkład odpowiedzi na to pytanie w korelacji z wiekiem przedstawia wykres nr 32.



Wykres nr 32. Preferowany model komunikacji z pacjentem – rozkład ze względu na wiek respondentów, N=100

Źródło: Opracowanie własne.

Zagadnienie preferowanego modelu komunikacji lekarza z pacjentem zostało także poruszone w wywiadach z lekarzami. Badani odpowiadali w taki sposób, iż większość z nich wskazywała na model przyjacielski oraz na model komunikacji. W ankietach respondenci w przewadze wybierali model transakcyjny oraz funkcjonalny, zatem wyniki wywiadów nie potwierdziły wyników prowadzonych ankiet. Warto również zaznaczyć, iż prowadzone wywiady obejmowały lekarzy w wieku 34–45 lat i ci właśnie wybierali w przewadze model komunikacji oraz model przyjacielski. Ankietowani w tej samej grupie wiekowej wybierali najczęściej model transakcyjny. Spostrzeżenia te dodatkowo potwierdzają fakt, iż wyniki wywiadów są odmienne od wyników ankiet. Oto przykładowe wypowiedzi lekarzy uczestniczących w wywiadach:

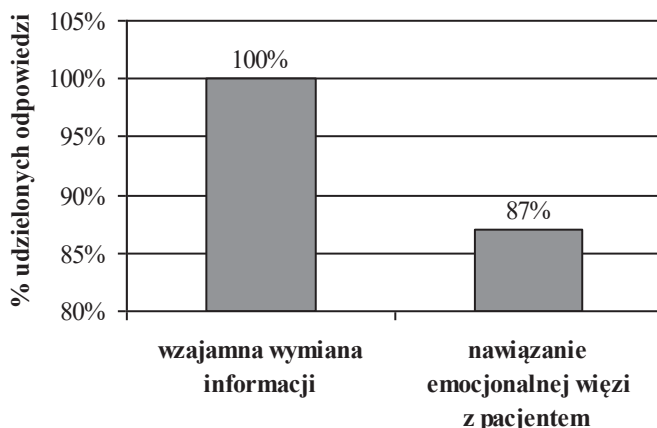
- Respondent 1 (mężczyzna, wiek 34–45 lat, tytuł lekarza nauk medycznych, stanowisko lekarza, posiadający specjalizację – neurolog):  
*najbardziej odpowiada mi model przyjacielski. W komunikacji z pacjentem cenię sobie przede wszystkim to, aby lekarz nie dominował nad chorym, aby był dla niego równorzędnym partnerem, a nawet więcej – przyjacielem, kimś komu może się zwierzyć ze swoich dolegliwości i trosk, także tych o podłożu psychicznym. Lekarze często nie dostrzegają, że chory umysł powoduje chorobę ciała [...];*
- Respondent 2 (mężczyzna, wiek 34–45 lat, tytuł lekarza nauk medycznych, stanowisko lekarza, posiadający specjalizację – ginekolog):

*wybrałbym model komunikacji jako najbardziej odpowiedni, dlatego, że poprawna komunikacja lekarza z pacjentem jest kwestią kluczową. To właśnie otwarta i szczerą komunikacją warunkuje efektywne leczenie. Szczerść i porozumienie pacjenta z lekarzem [...].*

Kolejne pytanie zadane lekarzom dotyczyło tego, czym jest dla ich komunikacja z pacjentem. W pytaniu tym istniała możliwość wyboru więcej niż 1 odpowiedzi. Kafeteria alternatyw obejmowała 2 następujące możliwości odpowiedzi:

- komunikacja z pacjentem jest wzajemną wymianą informacji;
- komunikacja z pacjentem jest nawiązaniem emocjonalnej więzi z pacjentem.

Wszyscy ankietowani, czyli 100 osób (tj. 100% całej badanej grupy) zaznaczyło odpowiedź, iż komunikacja z pacjentem jest dla nich wzajemną wymianą informacji. Natomiast odpowiedź, iż komunikacja z pacjentem jest nawiązaniem emocjonalnej więzi z pacjentem, wybrało 87 osób (tj. 87% całej badanej grupy). Rozkład odpowiedzi na to pytanie przedstawia wykres nr 33.



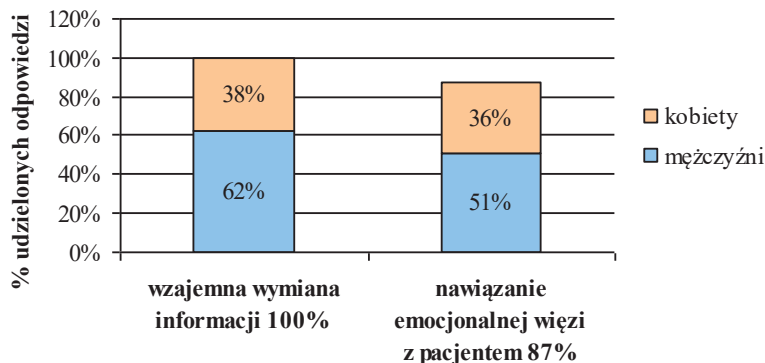
**Wykres nr 33.** Czym jest w opinii lekarzy komunikacja z pacjentem, N=100

Źródło: Opracowanie własne.

Wyniki pokazały, że dla lekarzy liczy się przede wszystkim wymiana informacji. Wydaje się to być prawidłowe, bowiem aby móc pomóc choremu, trzeba wiedzieć jakie dokładnie ma dolegliwości. Należy jednak pamiętać, iż emocjonalna więź z pacjentem jest również ważnym komponentem poprawnej komunikacji interpersonalnej w procesie leczenia i dochodzenia do zdrowia.

W pytaniu tym warto zwrócić uwagę na rozkład odpowiedzi skorelowany z płcią respondentów. Badania pokazały, iż nawiązanie emocjonalnej więzi z pacjentem jest bardziej istotne w komunikacji z chorym dla kobiet-lekarzy niż dla mężczyzn. Wyniki pokazują bowiem, iż odpowiedź tę wybrało 36 kobiet, czyli 94,74% wszystkich kobiet biorących udział w badaniach (tj. 36% całej grupy badanej). Mężczyźni natomiast odpowiedzieli na to pytanie zaznaczając również odpowiedź o nawią-

zaniu emocjonalnej więzi z pacjentem w liczbie 51 osób, czyli 82,26% wszystkich mężczyzn biorących udział w badaniach (tj. 51% całej grupy badanej). Wyniki te obrazuje wykres nr 34.



**Wykres nr 34. Czym jest w opinii lekarzy komunikacja z pacjentem – rozkład ze względu na płeć, N=100**

Źródło: Opracowanie własne.

Zagadnienie komunikacji lekarza z pacjentem zostało także poruszone w wywiadach z lekarzami. Podobnie jak w badaniach ankietowych, lekarze odpowiedzieli w wywiadach, iż komunikacja z pacjentem jest dla nich zarówno wymianą informacji, jak i nawiązaniem więzi z pacjentem. Tak więc wyniki wywiadów potwierdziły wyniki prowadzonych ankiet Oto przykładowe wypowiedzi respondentów:

- Respondent 1 (mężczyzna, wiek 34–45 lat, tytuł lekarza nauk medycznych, stanowisko lekarza, posiadający specjalizację – neurolog):

*komunikacja z pacjentem to oczywiście wymiana informacji. Jest to jej nadrzędny cel. Ale dobry lekarz powinien także kłaść nacisk na zbudowanie z pacjentem głębszej relacji, aniżeli tylko takiej, która polega na wymianie informacji [...]. Relacja ta powinna być uczuciowa, empatyczna, altruistyczna, powinna wspierać pacjenta i budować w nim zaufanie do lekarza, co zaowocuje szczerością i wyzbyciem się skrępowania ze strony pacjenta [...];*

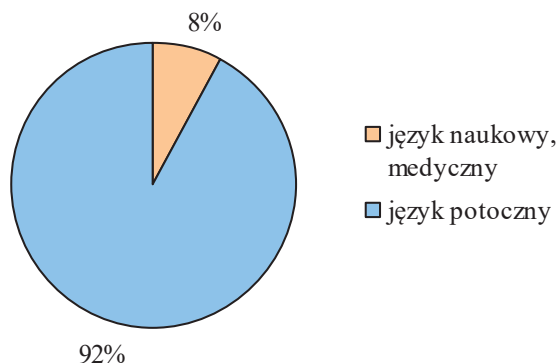
- Respondent 2 (mężczyzna, wiek 34–45 lat, tytuł lekarza nauk medycznych, stanowisko lekarza, posiadający specjalizację – ginekolog):

*wymiana informacji jest w komunikacji z pacjentem równie ważna jak zbudowanie więzi. Dzięki połączeniu tych dwóch elementów, lekarz ma większą szansę lepiej poznać pacjenta, a pacjent ma szansę na bardziej efektywną terapię. Wówczas możemy mówić o sukcesie komunikacyjnym. Zadowolenie powinien odczuwać i lekarz, i pacjent [...].*

Kolejna kwestia o którą pytano, dotyczyła języka, jakiego lekarze używają komunikując się z pacjentami. W pytaniu tym lekarze mieli możliwość wyboru 1 odpowiedzi spośród dwóch alternatyw wyboru, które obejmowały:

- język naukowy, medyczny, profesjonalny;
- język potoczny, zrozumiały dla pacjenta.

Lekarze w zdecydowanej przewadze wybrali odpowiedź, iż używają języka potocznego, zrozumiałego dla pacjenta. Tak odpowiedziały 92 osoby (czyli 92% całej badanej grupy). Tylko 8 osób (tj. 8% całej badanej grupy) wskazało, iż posługuje się językiem naukowym, medycznym, profesjonalnym, odpowiednim dla danego schorzenia. Rozkład odpowiedzi pokazuje wykres nr 35.

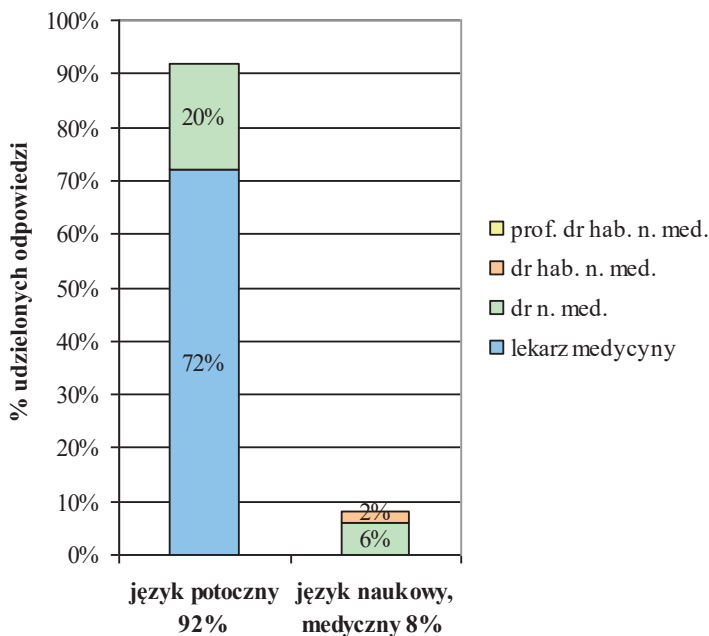


**Wykres nr 35.** Język jakiego używają lekarze w komunikacji z pacjentem, N=100

Źródło: Opracowanie własne.

Rozpatrując to pytanie warto pokazać rozkład odpowiedzi korelując je z tytułem naukowym. Jak pokazały badania, wszyscy respondenci z tytułem lekarza (tj. 72 osoby, czyli 100% wszystkich respondentów z tytułem lekarza biorących udział w badaniach oraz 72% całej badanej grupy) wybrali odpowiedź, iż w komunikacji z pacjentem używają języka potocznego. Natomiast wszyscy respondenci z tytułem doktora habilitowanego (tj. 2 osoby, czyli 100% wszystkich respondentów z tytułem doktora habilitowanego biorących udział w badaniach oraz 2% całej badanej grupy) wybrali odpowiedź, iż w komunikacji z pacjentem używają języka naukowego, medycznego. Zależność ta może być spowodowana tym, że lekarze z wyższym tytułem naukowym częściej komunikują się za pośrednictwem profesjonalnego języka, który co prawda jest naukowo poprawny, jednak bywa niezrozumiały dla pacjenta. Respondenci z tytułem doktora nauk medycznych częściej wybierali odpowiedź, iż komunikują się za pośrednictwem języka potocznego (taką odpowiedź wybrało 20 respondentów posiadających tytuł doktora nauk medycznych, tj. 76,92% wszystkich respondentów z tytułem doktora nauk medycznych biorących udział w badaniach oraz 20% całej badanej grupy), jednak część lekarzy z tytułem doktora nauk medycznych zaznaczała również, iż komunikują się przy użyciu języka medycznego (taką odpowiedź wybrało 6 respondentów posiadających tytuł doktora nauk medycznych, tj. 23,08% wszystkich respondentów z tytułem doktora nauk medycznych biorących udział w badaniach oraz 6% całej badanej grupy). Wynik ten potwierdza

wcześniejszą tezę, iż lekarze posiadający wyższy tytuł naukowy częściej komunikują się za pośrednictwem profesjonalnego języka. Rozkład odpowiedzi na to pytanie skorelowany z tytułem naukowym pokazuje wykres nr 36.



**Wykres nr 36. Język jakiego używają lekarze w komunikacji z pacjentem – rozkład ze względu na tytuł naukowy, N=100**

Źródło: Opracowanie własne.

Zagadnienie formy używanego języka w komunikacji lekarza z pacjentem zostało także poruszone w wywiadach z lekarzami. Podobnie jak w badaniach ankietowych, lekarze odpowiedzieli w wywiadach, iż używają języka potocznego, aby komunikacja z lekarzem była dla pacjenta prostsza w zrozumieniu. Tak więc wyniki wywiadów potwierdziły wyniki prowadzonych ankiet Oto przykładowe wypowiedzi respondentów:

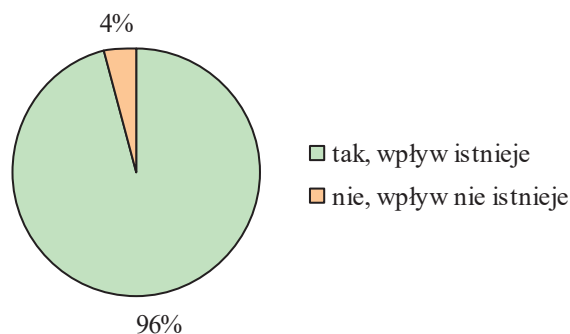
- Respondent 1 (mężczyzna, wiek 34–45 lat, tytuł lekarza nauk medycznych, stanowisko lekarza, posiadający specjalizację – lekarz chorób wewnętrznych):  
*zawsze staram się mówić do pacjenta językiem zrozumiałym [...]. Leczenie polega na tym, aby pacjent był w pełni świadomy wszelkich działań podejmowanych przez lekarza, a do tego potrzebne jest zrozumienie. Język naukowy wykorzystuję, gdy rozmawiam z lekarzami, z którymi współpracuję, ale nigdy nie z pacjentem, ewentualnie z pacjentem, który sam jest lekarzem, choć i to bywa zgubne, ponieważ każde leczenie obarczone jest stresem. Kiedy lekarz sam staje się pacjentem dotyczą go takie same zasady komunikacji [...];*



- Respondent 2 (mężczyzna, wiek 34–45 lat, tytuł lekarza nauk medycznych, stanowisko lekarza, posiadający specjalizację – neurolog):

*nie używam języka specjalistycznego, ponieważ on zakłóca komunikację na linii lekarz–pacjent. Lekarz nie powinien formułować wypowiedzi naukowych w kierunku pacjenta, ponieważ pacjent z reguły nie jest lekarzem i nie ma możliwości zrozumieć lekarza, nie pozwalają mu na to jego kompetencje, z reguły cechuje go brak wiedzy medycznej [...].*

Kolejną kwestią badaną w kwestionariuszu ankiety było zagadnienie stresu. Badaczkę interesowało, czy stres zawodowy lekarza oraz stres pacjenta wpływają zdaniem badanych, na proces komunikacji na linii lekarz–pacjent. Pytanie zakładało możliwość wyboru 1 odpowiedzi. Zdecydowana większość respondentów odpowiedziała, iż stres zawodowy lekarza oraz stres pacjenta mają wpływ na komunikację między lekarzem a pacjentem (taką odpowiedź wybrało aż 96 osób, czyli 96% całej badanej grupy). Tylko 4 osoby (tj. 4% całej badanej grupy) uznały, iż stres zawodowy lekarza oraz stres pacjenta nie mają wpływu na komunikację między lekarzem a pacjentem. Zależność tę pokazuje wykres nr 37.



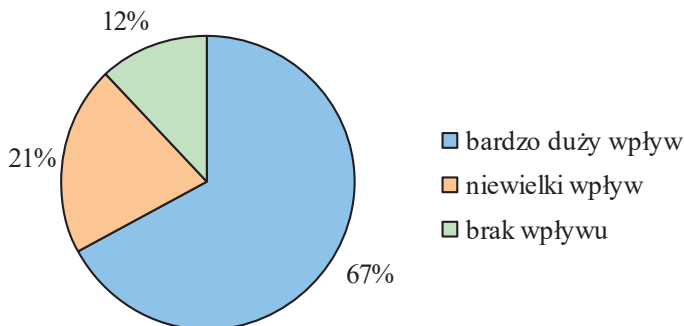
**Wykres nr 37. Wpływ stresu zawodowego lekarza oraz stresu pacjenta na komunikację lekarza z pacjentem, N=100**

Źródło: Opracowanie własne.

Odpowiedzi na to pytanie pokazują, iż lekarze zdają sobie sprawę, że ich stres zawodowy oraz stres osoby chorej, która decyduje się na wizytę u lekarza, mają wpływ na proces komunikacji na linii lekarz–pacjent. Jeśli natomiast lekarze mają świadomość owej zależności, to istnieje szansa, iż będą postępować tak, aby możliwie ograniczyć stres pacjenta i sprawić, aby komunikacja z osobą chorą była efektywna i przyjazna dla obu stron.

Kolejną badaną kwestią było sprawdzenie, czy zdaniem respondentów, zachowania niewerbalne (czyli gesty, ruchy ciała, mimika twarzy) mają wpływ na komunikację lekarza z pacjentem. Pytanie zakładało możliwość wyboru 1 odpowiedzi. Jak pokazały badania, zdaniem większości ankietowanych zachowania niewerbalne mają bardzo duży wpływ na komunikację na linii lekarz–pacjent. Odpowiedzi takiej udzieliło 67 osób (tj. 67% całej badanej grupy). 21 osób (tj. 21% całej badanej grupy) odpowiedziało, iż zachowania niewerbalne mają wpływ, ale niewielki. Nato-

miast grupa 12 lekarzy (tj. 12% całej badanej grupy) uznała, że zachowania niewerbalne nie mają w ogóle wpływu na komunikację na linii lekarz–pacjent. Rozkład odpowiedzi pokazuje wykres nr 38.



**Wykres nr 38.** Wpływ zachowań niewerbalnych na komunikację pacjenta z lekarzem, N=100

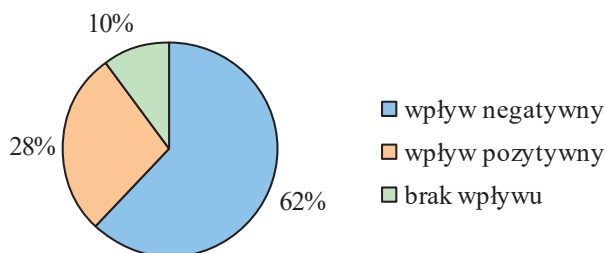
Źródło: Opracowanie własne.

Jako następna poruszona została kwestia rekwizytów towarzyszących lekarzowi (stetoskop, gumowe rękawiczki, leżanka, biały kitel) i ich wpływ na stres pacjenta oraz przebieg interakcji podczas badania między lekarzem i pacjentem. W pytaniu tym ankietowani mieli możliwość wyboru 1 odpowiedzi. Jak pokazały badania, zdaniem większości lekarzy (tj. 62 osoby, czyli 62% całej badanej grupy) rekwizyty towarzyszące lekarzowi mają ogromny wpływ negatywny na stres pacjenta oraz przebieg interakcji podczas badania między lekarzem i pacjentem. 28 osób (tj. 28% całej badanej grupy) uznało, iż wpływ ten występuje, ale jest pozytywny. Taki rozkład odpowiedzi tłumaczyć można tym, że niektórzy lekarze sądzą, iż medyczne rekwizyty powodują, że spotkanie lekarza z pacjentem jest bardziej profesjonalne, medyczne i godne zaufania ze względu na status naukowy dyscypliny. 10 osób (tj. 10% całej badanej grupy) zaznaczyło w tym pytaniu, iż rekwizyty towarzyszące lekarzowi nie mają w ogóle wpływu na stres pacjenta oraz przebieg interakcji podczas badania między lekarzem i pacjentem. Rozkład powyższych odpowiedzi pokazuje wykres nr 39.

Ostatnią kwestią, o którą zapytano respondentów był problem dystansu la linii lekarz–pacjent. Lekarze zostali poproszeni o wskazanie, czy ich zdaniem powyższy dystans istnieje czy też nie. Z badań wynika następująco:

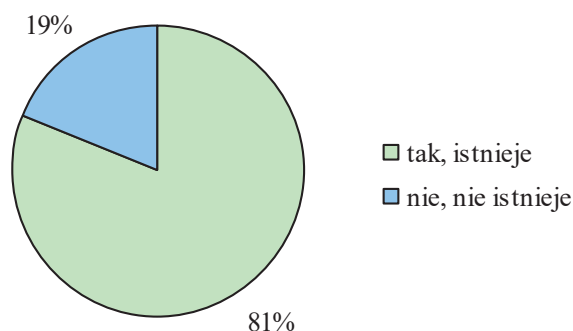
- zdaniem 81 osób (tj. 81% całej badanej grupy) istnieje problem dystansu między lekarzem a pacjentem;
- zdaniem 19 osób (tj. 19% całej badanej grupy) nie istnieje problem dystansu między lekarzem a pacjentem.

Rozkład odpowiedzi przedstawia wykres nr 40.



**Wykres nr 39. Wpływ rekwizytów towarzyszących lekarzowi na stres pacjenta oraz przebieg interakcji między lekarzem a pacjentem, N=100**

Źródło: Opracowanie własne.



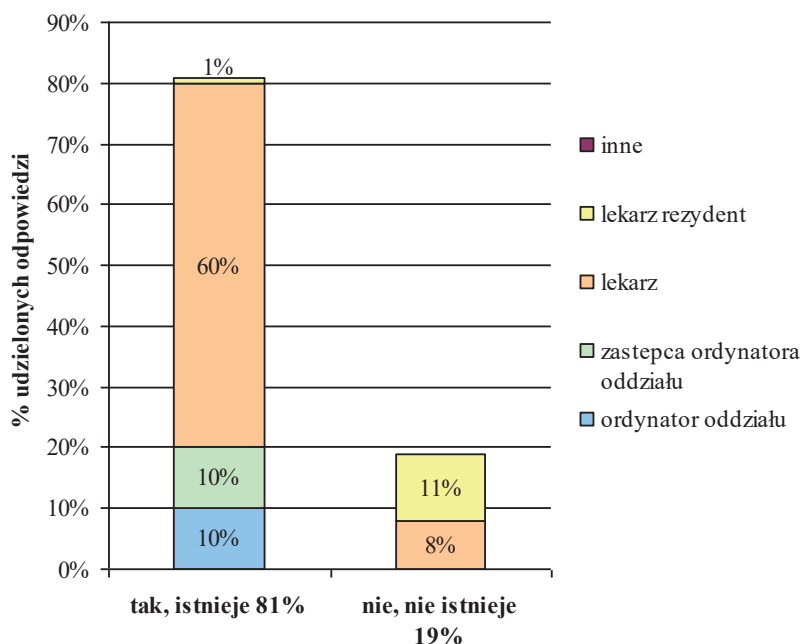
**Wykres nr 40. Obecność dystansu na linii lekarz–pacjent, N=100**

Źródło: Opracowanie własne.

Rozpatrując to pytanie warto pokazać rozkład odpowiedzi korelując je ze stanowiskiem pracy. Jak pokazały badania, zdecydowana przewaga lekarzy rezydentów (11 osób, tj. 91,67% wszystkich badanych na stanowisku lekarza rezydenta oraz 11% całej badanej grupy) nie dostrzega problemu dystansu między lekarzem i pacjentem. Tylko 1 badany lekarz na stanowisku lekarza rezydenta (tj. 8,33% wszystkich badanych na stanowisku lekarza rezydenta oraz 1% całej badanej grupy) dostrzega problem dystansu między lekarzem i pacjentem. Powyższy rozkład odpowiedzi może wynikać z faktu, iż rezydenci są lekarzami młodymi, o małym jeszcze doświadczeniu zawodowym i być może stąd wynika ich pogląd na temat braku barier między lekarzem a pacjentem podczas wzajemnej komunikacji.

Wśród ankietowanych, którzy uznali, że dystans na linii lekarz–pacjent nie występuje (poza wcześniej wspomnianymi respondentami na stanowisku lekarzy rezydentów) byli także respondenci na stanowisku lekarza. Odpowiedź o braku dystansu między lekarzem i pacjentem zaznaczyło 8 osób na stanowisku lekarza (tj. 11,76% wszystkich badanych na stanowisku lekarza i 8% całej badanej grupy). Jednak przewaga respondentów na stanowisku lekarzy odpowiedziała, iż problem dystansu na linii lekarz–pacjent występuje. Odpowiedź tę wybrało 60 osób (tj. 88,24% wszystkich badanych na stanowisku lekarza i 60% całej badanej grupy).

Warto także zaznaczyć, iż wszyscy ordynatorzy (czyli 10 osób, tj. 100% wszystkich ordynatorów biorących udział w badaniach oraz 10% całej badanej grupy) oraz wszyscy zastępcy ordynatorów biorący udział w badaniach (czyli 10 osób, tj. 100% wszystkich zastępców ordynatorów biorących udział w badaniach oraz 10% całej badanej grupy) zaznaczyli odpowiedź, iż dystans między lekarzem i pacjentem występuje. Wynik ten może świadczyć o tym, że ordynatorami oddziałów oraz zastępcami ordynatorów są lekarze z dużym doświadczeniem zawodowym. Na tej podstawie można sądzić, iż ich staż pracy pozwala na dostrzeżenie problemu dystansu na linii lekarz–pacjent. Wyniki odpowiedzi na to pytanie pokazuje wykres nr 41.



**Wykres nr 41. Obecność dystansu na linii lekarz–pacjent – rozkład ze względu na stanowisko pracy lekarza, N=100**

Źródło: Opracowanie własne.

Osoby, które odpowiedziały na poprzednie pytanie, iż ich zdaniem istnieje problem dystansu na linii lekarz–pacjent (czyli 81 osób, tj. 81% całej badanej grupy) poproszone zostały o udzielenie odpowiedzi jak można przezwyciężyć ten dystans.<sup>7</sup> Pytanie to zakładało możliwość wyboru więcej niż 1 odpowiedzi. Kafeteria zawierała następujące alternatywy wyboru:

- sprawić, aby lekarz z roli specjalisty wszedł w rolę zwykłego człowieka;
- sprawić, aby pacjent w mniejszym stopniu odczuwał swój brak wiedzy medycznej;

<sup>7</sup> 100% ankietowanych dla tego pytania stanowiła grupa 81 osób.

- posługiwać się językiem potocznym;
- sprawić, aby pacjent nie postrzegał lekarza jako nieomylnego autorytetu.

Odpowiedzi na to pytanie ukształtowały się w sposób następujący:

- najczęściej ankietowanych, bo aż 80 osób (tj. 98,77% wszystkich odpowiadających na to pytanie oraz 80% całej badanej grupy) zaznaczyło odpowiedź, iż pomocne w przezwycięzeniu dystansu na linii lekarz–pacjent jest przejście lekarza z roli specjalisty w rolę zwykłego człowieka. Tak więc 98,77% wszystkich odpowiadających na to pytanie widzi szansę na przezwycięzenie dystansu po stronie zachowań lekarza;
- na drugim miejscu pod względem ilości wyborów znalazła się odpowiedź, iż pomocne w przezwycięzeniu dystansu na linii lekarz–pacjent jest spojrzenie pacjenta na osobę lekarza nie jako na nieomylny autorytet, ale jak na człowieka. Odpowiedź tę wybrało 79 ankietowanych (tj. 97,53% wszystkich odpowiadających na to pytanie oraz 79% całej badanej grupy). Respondenci, którzy wybrali tę odpowiedź są zdania, że nie tylko lekarz powinien zmienić swoje zachowanie, aby przezwyciężyć dystans, ale powinien to także uczynić pacjent;
- na ostatnim miejscu pod względem ilości zaznaczeń znalazła się odpowiedź, iż pomocne w przezwycięzeniu dystansu na linii lekarz–pacjent jest sprawienie, aby pacjent w mniejszym stopniu odczuwał swój brak wiedzy medycznej, aby używany język był dla niego zrozumiały. Odpowiedź tę wybrało 75 ankietowanych (tj. 92,59% wszystkich odpowiadających na to pytanie oraz 75% całej badanej grupy). Respondenci ci również większą wagę przywiązywali do zachowań lekarza (tzn. aby używał języka potocznego, aby nie posługiwał się nomenklaturą medyczną, niezrozumiałą dla pacjenta) w procesie pokonywania dystansu na linii lekarz–pacjent.

Wyniki badań pokazuje wykres nr 42.

Zagadnienie dystansu na linii lekarz–pacjent zostało także poruszone w wywiadach z lekarzami. Podobnie jak w badaniach ankietowych, lekarze odpowiedzieli w wywiadach, iż problem owego dystansu występuje w komunikacji pacjenta z lekarzem. Odpowiedzi takiej udzielili wszyscy lekarze biorący udział w wywiadach. Pod tym względem wyniki wywiadów potwierdziły wyniki prowadzonych ankiet. Jednak wypowiedzi lekarzy w wywiadach nie są spójne z odpowiedziami ankietowymi na temat czynników, które pozwalają na przezwycięzenie dystansu na linii lekarz–pacjent:

- wyniki ankiet pokazały, iż lekarze najczęściej uznawali za ten czynnik umiejętność sprawienia, aby lekarz z roli specjalisty wszedł w rolę zwykłego człowieka;
- wywiady pokazały natomiast, że zdaniem lekarzy więcej zależy od tego, aby lekarz potrafił sprawić, żeby pacjent w mniejszym stopniu odczuwał swój brak wiedzy medycznej, tzn. lekarz powinien komunikować się z pacjentem za pośrednictwem zrozumiałego dla niego języka.

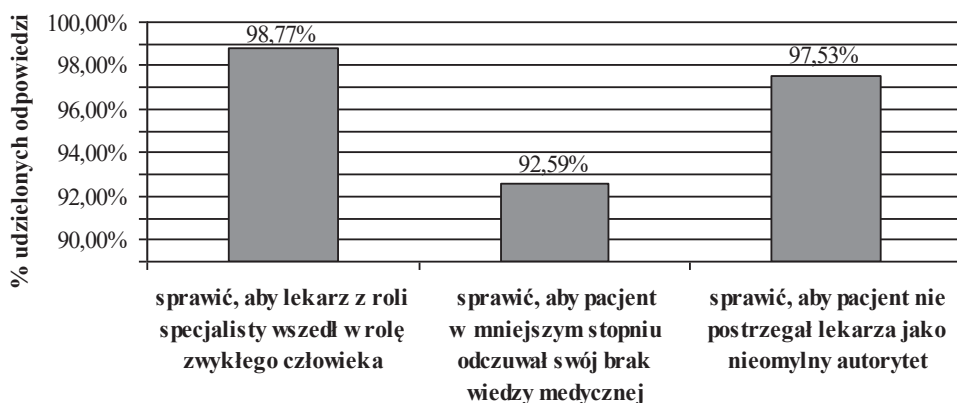
Pod tym względem wyniki wywiadów nie potwierdziły wyników prowadzonych ankiet. Oto przykładowe wypowiedzi respondentów:

- Respondent 1 (mężczyzna, wiek 34–45 lat, tytuł lekarza nauk medycznych, stanowisko lekarza, posiadający specjalizację – neurolog):

*obecność tego dystansu jest bardzo odczuwalna. Niestety nie jest to zjawisko pożądane [...]. Wiele pod tym względem zależy od samych lekarzy, powinniśmy okazywać pacjentom wiele zrozumienia. Nie bez znaczenia jest język, do pacjenta należy mówić [...] językiem potocznym, takim, który jest dla niego w pełni jasny i zrozumiały, należy mówić tak, jak do dziecka, osoby niemającej wiedzy z naszej dyscypliny [...];*

- Respondent 2 (mężczyzna, wiek 34–45 lat, tytuł lekarza nauk medycznych, stanowisko lekarza, posiadający specjalizację – ginekolog):

*w mojej praktyce lekarskiej na co dzień spotykam się z problemem dystansu pacjenta do lekarza. Chorzy często obawiają się zapytać lekarza o coś, myślą, że lekarz nie zechce im odpowiedzieć, albo robi to w sposób dla nich niejasny [...]. Dlatego też do pacjentów należy mówić, tak aby mogli nas zrozumieć, nie używać słów naukowych, nazw medycznych, to nie ma sensu, powoduje blokady komunikacyjne i niezrozumienie [...].*



Wykres nr 42. Czynniki pozwalające przezwyciężyć dystans na linii lekarz–pacjent, N=81

Źródło: Opracowanie własne.

Na koniec warto również zaznaczyć, iż w kwestionariuszu ankiety (badania ilościowe) żaden z badanych lekarzy nie wpisał w wyznaczone miejsce dodatkowych uwag co do skonstruowanych pytań ankietowych bądź zastrzeżeń co do sposobu prowadzenia badań.

## 4.2. Wnioski z badań

Celem prowadzonych badań było rozpoznanie i usystematyzowanie wiedzy na temat postaw zawodowych lekarzy, pojęcia zawodu lekarza oraz relacji lekarza z pacjentem i ich wpływu na stosunek lekarzy do swojej profesji. Za pomocą pro-

wadzonych badań autorka chciała odpowiedzieć na postawione uprzednio pytania badawcze. Wnioski, które można wyartykułować zostały przedstawione w formie odpowiedzi na pytania badawcze, a wyniki ankietowe zestawione z wynikami prowadzonych wywiadów celem stworzenia zbiorczych wniosków badawczych.

Pierwsze pytanie badawcze dotyczyło tego, w jaki sposób lekarze definiują swój zawód i swoją rolę zawodową. Na podstawie przeprowadzonych ankiet i wywiadów można wnioskować, iż dla większości lekarzy ich zawód jest powołaniem. W tym zakresie badania ankietowe zostały potwierdzone przeprowadzonymi wywiadami. Korelując kwestię definicji zawodu lekarza ze względu na płeć można zauważyć pewną zależność. Kobiety wyróżnia stosunek całkowicie opowiadający się za powołaniem, nigdy zaś rzemiosłem i prawie nigdy za wyuczoną profesją. Zgoła jednak wszyscy brani pod uwagę lekarze utożsamiają swoją pracę z czymś, do czego konieczne są nie tylko wiadomości i wiedza medyczna, ale także czynnik misji społecznej, pracy na rzecz osób chorych i potrzebujących, chęć pomocy słabszym. Lekarze zgodnie twierdzili, iż ich profesja nie może zostać określona mianem rzemiosła bądź wyłącznie wyuczonej praktyki, bowiem wpisana jest w nią wewnętrzna motywacja do pomagania i chęć do leczenia. Wnioski te potwierdza również fakt, iż czynnikiem, który zdecydował o wyborze drogi zawodowej była dla lekarzy wewnętrzna chęć do pomocy chorym i poszkodowanym, a nie oferta wysokich zarobków bądź tryb pracy i status zawodu lekarza jako profesji wolnej. Nie mniej jednak, jak pokazały badania, większość lekarzy dostrzega konflikt ról w zawodzie lekarza. Stanowisko zakładające brak konfliktu ról mają jedynie mężczyźni-lekarze. Sytuacja ta potwierdzać może tezę, iż nadal kobiety pełnią funkcje osób odpowiedzialnych za dom i rodzinę, ponieważ oddanie się pracy zawodowej nie jest przez mężczyzn postrzegane jako konflikt ról. Za główne przyczyny zjawiska konfliktu ról badani lekarze wskazywali nadmierne obowiązki zawodowe oraz długi i niestandardowy czas pracy. Być może z tych właśnie poświęceń wynika teza, iż do zawodu lekarza potrzebne jest powołanie, aby móc przezwyciężyć liczne przeszkody, przykładowo konflikt ról. Warto zaznaczyć w tym miejscu jeszcze jedną kwestię. Badani lekarze uznali, iż w ich zawodzie istnieje problem feminizacji. Jednak wynik ten jest właściwy dla odpowiedzi lekarzy, którzy brali udział w badaniach ankietowych. Wyniki wywiadów były natomiast inne i nie potwierdziły się z danymi uzyskanymi drogą ankiet. Lekarze podkreślali w wywiadach, iż takiego problemu nie zauważają. Zależność ta wynikać może z faktu, iż rozkład pod względem płci dla tego pytania ankietowego pokazał, iż respondenci, którzy nie dostrzegają tego problemu to w większości mężczyźni. W wywiadach uczestniczącymi osobami byli sami mężczyźni i możliwe jest, że ten właśnie czynnik spowodował takie odpowiedzi na to pytanie. Prawdopodobne jest, że mężczyźni nie dostrzegają tego problemu, ponieważ nie dotyczy ich on w sposób bezpośredni. Podsumowując tę kwestię, można stwierdzić, iż wyniki wywiadów nie potwierdziły ankiet, jednak pod względem rozkładu ze względu na płeć wyniki zostały potwierdzone.

Drugie pytanie badawcze dotyczyło postaw lekarzy wobec swojego zawodu. Jak pokazały badania, dla zdecydowanej przewagi lekarzy postawa wobec zawodu



jest zarówno stosunkiem do wykonywanych zajęć (zawodowych obowiązków), jak i stosunkiem do środowiska społecznego pracy (miejsca pracy, współpracowników, kierownictwa). W tym zakresie także przeprowadzone wywiady potwierdziły wyniki ankiet. Lekarze uznali, iż czynniki które wpływają na ich postawy zawodowe to przede wszystkim relacje z pacjentami, satysfakcja zawodowa, stosunki między współpracownikami-lekarzami oraz uwarunkowania zawodowe (tj. doświadczenie zawodowe, staż pracy, stanowisko pracy, tytuł naukowy, przynależność do organizacji zawodowych). Wnioskiem z tej analizy jest to, iż na postawy zawodowe lekarzy nie mają wpływu socjalizacja rodzinna bądź proces nauczania na studiach medycznych. Z jednej strony jest to zjawisko pozytywne, ponieważ duża waga przywiązana przez lekarzy do stosunków z pacjentami może wpłynąć na lepszą jakość komunikacji na linii pacjent-lekarza. Także fakt, iż lekarze cenią sobie dobre relacje międzypracownicze jest pozytywnym aspektem. Jednak z drugiej strony, niepokojące jest to, iż zdaniem lekarzy, kształcenie na studiach medycznych nie ma żadnego wpływu na ich późniejsze postawy zawodowe. W tym miejscu należałoby się zastanowić, czy rolę uczelni medycznej nie jest poza nauczaniem, także przystosowanie do pełnienia roli zawodowej i kształtowanie pozytywnego podejścia do późniejszej pracy zawodowej. W związku z tym pytaniem badawczym warto również podkreślić, iż zdaniem lekarzy ich stosunek do pracy zawodowej wyraża się w chęci podnoszenia własnych kwalifikacji zawodowych. Jest to niewątpliwie zjawisko pozytywne, ponieważ w zawód lekarza wpisana jest niejako ciągła nauka. Wynika to z ciągłego postępu w medycynie i farmakologii, unowocześniania technik terapii i opracowywania nowych typów chorób i sposobów ich leczenia oraz zapobiegania.

Trzecie pytanie badawcze dotyczyło tego, czy relacje lekarza z pacjentem mają wpływ na postawy zawodowe lekarzy względem ich zawodu. Badania pokazały jednoznacznie zależność. Lekarze zgodnie twierdzili, iż relacje z pacjentami mają duży wpływ na ich postawy zawodowe. Wyniki badań sugerują wniosek, iż lekarze patrzą na swój zawód przez pryzmat nawiązanych relacji z chorymi i fakt tego, czy te relacje są poprawne, czy nie, wpływa na ich stosunek do własnej profesji. Wniosek ten napawa optymizmem, ponieważ jeśli lekarze chcą, aby ich podejście do pracy było pozytywne, będą starać się nawiązywać przyjacielskie relacje z pacjentami, a to w z kolei wpłynie korzystnie na chorych.

Czwarte pytanie badawcze dotyczyło tego jaki jest stosunek lekarzy do swojego środowiska pracy oraz grupy zawodowej oraz jak lekarze czują się w swoim miejscu pracy. Jak pokazały badania, stosunek zdecydowanej większości badanych lekarzy do swojego miejsca pracy oraz grupy zawodowej jest pozytywny. Korelując kwestię stosunku lekarzy do swojego środowiska pracy z zajmowanym stanowiskiem pracy można zauważyć prawidłowość, iż tylko bardzo niewielka grupa lekarzy ma stosunek negatywny i są to wyłącznie zastępcy ordynatorów. Możliwe, iż postawa taka wynika z faktu, iż lekarze ci starali się o stanowisko ordynatora, jednak takiej posady nie uzyskali. Ponadto, również zdecydowana większość badanych lekarzy oceniła atmosferę panującą w szpitalu jako dla siebie przyjazną. Jedyne aspekty, w których lekarze upatrywali zmiany to ilość zawodowych obowiązków, uregulo-

wania czasu pracy oraz system pracy w szpitalu. Korelując kwestię stosunku lekarzy do atmosfery w miejscu pracy z rozkładem ze względu na płeć, warto również zauważyć, iż bardzo nieliczni lekarze uważali, że atmosfera jest negatywna i byli to wyłącznie mężczyźni. Możliwe, iż kobiety w odmienny sposób postrzegają atmosferę zawodową i stąd wynika powyższy rozkład odpowiedzi. W tym zakresie badania ankietowe zostały potwierdzone przeprowadzonymi wywiadami. Na podstawie przeprowadzonych badań można wnioskować, iż pozytywny stosunek lekarzy do swojego miejsca pracy wynikać może z faktu, iż ich zdaniem, w szpitalu istnieje możliwość doksztalcania się (zagraniczne staże medyczne, dodatkowe szkolenia). Lekarze również zgodnie deklarowali, iż między współpracownikami panuje solidarność zawodowa oraz chęć wzajemnej pomocy, co przekłada się także na relacje przyjacielskie między lekarzami. Medycy deklarowali, iż ze współpracownikami łączą ich nie tylko relacje zawodowe, ale i prywatne, nieformalne. Dodatkowo, większość lekarzy oznajmiło, że w ich miejscu pracy nie występują konflikty między współpracownikami. Jedynym czynnikiem świadczącym na niekorzyść jest fakt, iż lekarze uznali swoją pracę za stresującą, jednak fakt ten nie wynika z konkretnego miejsca pracy, lecz specyfiki zawodu lekarza.

Piąte i ostatnie pytanie badawcze dotyczyło tego czy zdaniem lekarzy istnieją osobowościowe uwarunkowania i predyspozycje do wykonywania ich zwołu. Na podstawie przeprowadzonych ankiet i wywiadów można wnioskować, iż zdaniem lekarzy, takie predyspozycje niewątpliwie istnieją. W opinii badanych lekarzy, człowiek, który decyduje się na bycie lekarzem, powinien posiadać określone cechy charakterologiczne, ponieważ nie jest to zawód dla każdego. W tym zakresie badania ankietowe zostały potwierdzone przeprowadzonymi wywiadami. Zarówno w badaniach ilościowych, jak i jakościowych, lekarze wskazywali, iż do takich predyspozycji należy przede wszystkim wysoka odporność na bodźce stresowe. Wszyscy badani lekarze uznali bowiem, iż ich praca jest zawodem stresującym. Za główne przyczyny tego stresu lekarze zgodnie uznali ciężącą na nich odpowiedzialność w codziennej pracy oraz pracę pod wpływem silnych emocji. Do innych potrzebnych w zawodzie lekarza predyspozycji osobowościowych badani zaliczali umiejętność empatycznego podejścia, działanie altruistyczne, poczucie odpowiedzialności, chęć do ustawicznego kształcenia i poszerzania wiedzy, wewnętrzną chęć i motywacja do pomagania innym. Te wnioski z badań napawają optymizmem, zwłaszcza jeśli chodzi o dobro pacjentów, którym zapewne pomaga takie nastawienie lekarzy do pracy i zawodu. Cechy te także pozwalają wnioskować, iż lekarze w pełni zdają sobie sprawę z wagi ich zawodu i pełnionej przez nich roli, tak w wymiarze zawodowym, jak i społecznym.

Podsumowując wnioski płynące z przeprowadzonych badań, należy raz jeszcze podkreślić, iż wyniki kwestionariuszy ankiet zostały niemal całkowicie potwierdzone przez wyniki wywiadów. Fakt ten jest niezwykle ważny, dowodzi, iż stanowisko lekarzy jest jednolite i spójne, zważywszy, że ankietowa grupa badanych lekarzy stanowiła częściowo odrębną próbę od lekarzy, z którymi przeprowadzane były wywiady.

Warto na koniec nadmienić, iż badania, które zostały zrealizowane na terenie dwóch szpitali dają wyniki pozytywne ze względu na satysfakcję zawodową lekarzy. Nie mniej jednak, istnieje konieczność prowadzenia dalszych badań i analiz w tym temacie, aby można pokusić się o generalizację tego zagadnienia.

## Zakończenie

Analiza postaw zawodowych lekarzy i mnogości czynników, które na nie wpływają pokazała, iż kluczowe znaczenie pod tym względem mają satysfakcja zawodowa, stres w miejscu pracy, wysokość zarobków, stosunki pracownicze oraz relacje z pacjentami i ich jakość. Nie bez znaczenia jest także wpływ miejsca pracy, czyli przede wszystkim szpitala jako organizacji formalnej kierującej się własnymi uregulowaniami.

Niewątpliwie należy także podkreślić, iż wiele zależy od samych pacjentów, ponieważ oni także poprzez swoje zachowanie wpływają na postawy zawodowe lekarzy. Chorzy, pomimo swoich dolegliwości i trosk, powinni starać się dostrzec w lekarzu człowieka, a nie jedynie zawód i profesjonalny autorytet. Wszyscy ludzie, całe społeczeństwo powinni mieć na względzie postawy zawodowe lekarzy, ponieważ to od nich zależy nasze zdrowie i życie. Najbardziej realistyczną praktyką służącą temu celowi jest uświadamianie ludzi i sygnalizowanie im konieczności współpracy z lekarzem, aby móc osiągnąć obustronne korzyści i najlepsze efekty leczenia. Rzecz w tym, aby w sposób pełny zrealizowała się zarówno rola zawodowa lekarza, jak i rola chorego pacjenta wymagającego profesjonalnej opieki i pomocy medycznej.

Analiza relacji lekarza z pacjentem oraz ich wpływu na postawy zawodowe lekarzy pokazała, że ci drudzy podejmują starania w kierunku kształtowania humanistycznych relacji z chorymi i starają się o włączenie dorobku socjologii na grunt nauk medycznych. Dla lekarzy nie są już obce takie sformułowania jak socjomedycyna, socjoetiologia, czy socjopsychosomatyka. Lekarze, jak pokazały badania, kładą duży nacisk na budowanie więzi z pacjentem oraz poznawanie jego problemów zarówno w wymiarze fizycznym, co psychicznym i emocjonalnym. Z drugiej jednak strony, nadal niektórzy lekarze są „nieczuli na względy socjologii” i pacjenta traktują jako kolejny przypadek chorobowy, a ich koncentracja skupia się wyłącznie na organie chorego, który sprawia ból. Medycy prezentujący takie podejście widzą chorobę, a nie chorego człowieka, który jest indywidualnością. Lekarze wykorzystujący ten schemat myślowy, chorobę pacjenta traktują jako fakt wyłącznie medyczny. Taki sposób podejścia do pacjenta pociąga za sobą określony styl pracy lekarza, który wyraża się w ukierunkowaniu czynności zawodowych jedynie na poprawę stanu somatycznego danej jednostki. Takie podejście lekarzy może mieć swoje przyczyny w wielu kwestiach, chociażby w systemie kształcenia medycznego, któ-

ry nie obejmował przygotowania humanistycznego i komunikacyjnego przyszłych lekarzy. Aby w tym podejściu nastąpił przełom, kategorie myślenia socjologicznego powinny zostać masowo włączone do conceptualizacji nauczania medycznego. Posługując się podejściem socjologicznym w medycynie można sprawić, aby leczenie dolegliwości było nie tylko skuteczne, ale i przyjazne dla pacjenta. Socjologia pomaga lekarzom usystematyzować ich wiedzę o własnym zawodzie, swoje podejście do pracy i pacjenta, pozytywnie wpływa na przezwyciężenie trudu codziennej pracy w zawodzie. Wiedza o społeczeństwie pomaga lekarzom odpowiedzieć na pytanie w jaki sposób świat społeczny wpływa na ich profesję medyczną i jak mogą kształtować ten świat, aby ich praca sprawiała im przyjemność. Wiedza ta stanowi także odpowiedź dla lekarzy w jaki sposób powinni komunikować się z pacjentami oraz kształtować wzajemną więź z osobą chorą, aby nawiązany kontakt miał charakter szczery i emocjonalny oraz był efektywny.

Ten właśnie cel pracy, czyli podkreślenie łączności jaka winna występować pomiędzy medycyną a socjologią był, w szerokim kontekście, motywem przewodnim dla autorki. Praca ta, jak się zdaje, daje dowód na to, że współczesna medycyna powinna brać pod uwagę dorobek socjologii jako nauki o społeczeństwie. Ten socjo-medyczny paradygmat pozwala bowiem widzieć zawód lekarza, postawy lekarzy wobec pracy oraz relacje interpersonalne lekarza z pacjentem, z perspektywy wiedzy o społeczeństwie, a nie jedynie nauk medycznych. Istotnym wyznacznikiem dzisiejszej medycyny jest nie tylko wysoka efektywność leczenia, ale także dostrzeżenie, iż każda relacja międzyludzka oraz każda postawa zawiera w sobie pierwiastek społeczny i z tej właśnie perspektywy należy ją analizować. Komplementarna współpraca między medycyną i socjologią stanowi mianownik współczesnego myślenia o postawach lekarzy i ich zawodzie.

## Spis wykresów

<b>Wykres nr 1.</b> Zawód lekarza w opinii respondentów .....	91
<b>Wykres nr 2.</b> Zawód lekarza w opinii respondentów – rozkład odpowiedzi ze względu na płeć .....	92
<b>Wykres nr 3.</b> Motywacja do wyboru studiów medycznych .....	94
<b>Wykres nr 4.</b> Motywacja do wyboru studiów medycznych – rozkład odpowiedzi ze względu na płeć .....	95
<b>Wykres nr 5.</b> Czynniki, które zadecydowały o podjęciu pracy w zawodzie lekarza .....	96
<b>Wykres nr 6.</b> Obecność predyspozycji psychospołecznych i osobowościowych do wykonywania zawodu lekarza .....	96
<b>Wykres nr 7.</b> Rodzaj potrzebnych predyspozycji do wykonywania zawodu lekarza .....	98
<b>Wykres nr 8.</b> Obecność konfliktu ról w zawodzie lekarza .....	99
<b>Wykres nr 9.</b> Obecność konfliktu ról w zawodzie lekarza – rozkład ze względu na płeć .....	99
<b>Wykres nr 10.</b> Obecność konfliktu ról w zawodzie lekarza – rozkład ze względu na stanowisko pracy .....	100
<b>Wykres nr 11.</b> Przyczyny konfliktu ról w zawodzie lekarza .....	102
<b>Wykres nr 12.</b> Problem feminizacji w zawodzie lekarza .....	103
<b>Wykres nr 13.</b> Problem feminizacji w zawodzie lekarza – rozkład ze względu na płeć .....	104
<b>Wykres nr 14.</b> Czym jest postawa wobec pracy zawodowej .....	105
<b>Wykres nr 15.</b> Czynniki wpływające na postawę wobec zawodu .....	106
<b>Wykres nr 16.</b> Czynniki, w jakich wyraża się stosunek do pracy zawodowej ..	108
<b>Wykres nr 17.</b> Stosunek do obecnego miejsca pracy .....	109
<b>Wykres nr 18.</b> Stosunek do obecnego miejsca pracy – rozkład ze względu na stanowisko pracy .....	110
<b>Wykres nr 19.</b> Atmosfera w miejscu pracy .....	111
<b>Wykres nr 20.</b> Czynniki, które należy zmienić, aby poprawić atmosferę pracy w szpitalu .....	113
<b>Wykres nr 21.</b> Możliwość podnoszenia kwalifikacji zawodowych w miejscu pracy .....	113

<b>Wykres nr 22.</b> Możliwość podnoszenia kwalifikacji zawodowych w miejscu pracy – rozkład ze względu na posiadanie specjalizacji bądź nie .....	114
<b>Wykres nr 23.</b> Możliwości rozwoju zawodowego w miejscu pracy (w szpitalu) .....	115
<b>Wykres nr 24.</b> Szczegółne powitanie nowych pracowników – rozkład ze względu na płeć .....	116
<b>Wykres nr 25.</b> Wspólne spotkania pracowników na gruncie nieformalnym – rozkład ze względu na płeć .....	117
<b>Wykres nr 26.</b> Pomoc i solidarność zawodowa wśród lekarzy – rozkład ze względu na płeć .....	118
<b>Wykres nr 27.</b> Obecność konfliktów między współpracującymi lekarzami ...	118
<b>Wykres nr 28.</b> Przyczyny sytuacji konfliktowych między lekarzami .....	119
<b>Wykres nr 29.</b> Obecność stresu w pracy zawodowej lekarza .....	121
<b>Wykres nr 30.</b> Wpływ relacji lekarza z pacjentem na postawy lekarza wobec pracy zawodowej .....	124
<b>Wykres nr 31.</b> Preferowany model komunikacji z pacjentem .....	125
<b>Wykres nr 32.</b> Preferowany model komunikacji z pacjentem – rozkład ze względu na wiek respondentów .....	126
<b>Wykres nr 33.</b> Czym jest w opinii lekarzy komunikacja z pacjentem .....	127
<b>Wykres nr 34.</b> Czym jest w opinii lekarzy komunikacja z pacjentem – rozkład ze względu na płeć .....	128
<b>Wykres nr 35.</b> Język jakiego używają lekarze w komunikacji z pacjentem ...	129
<b>Wykres nr 36.</b> Język jakiego używają lekarze w komunikacji z pacjentem – rozkład ze względu na tytuł naukowy .....	130
<b>Wykres nr 37.</b> Wpływ stresu zawodowego lekarza oraz stresu pacjenta na komunikację lekarza z pacjentem .....	131
<b>Wykres nr 38.</b> Wpływ zachowań niewerbalnych na komunikację pacjenta z lekarzem .....	132
<b>Wykres nr 39.</b> Wpływ rekwizytów towarzyszących lekarzowi na stres pacjenta oraz przebieg interakcji między lekarzem a pacjentem .....	133
<b>Wykres nr 40.</b> Obecność dystansu na linii lekarz–pacjent .....	133
<b>Wykres nr 41.</b> Obecność dystansu na linii lekarz–pacjent–rozkład ze względu na stanowisko pracy lekarza .....	134
<b>Wykres nr 42.</b> Czynniki pozwalające przezwyciężyć dystans na linii lekarz–pacjent .....	136



## Spis tabel

<b>Tabela nr 1.</b> Cechy badanych respondentów .....	90
<b>Tabela nr 2.</b> Atmosfera w miejscu pracy – rozkład ze względu na płeć .....	111
<b>Tabela nr 3.</b> Nieformalne praktyki w miejscu pracy .....	116
<b>Tabela nr 4.</b> Źródła stresu zawodowego lekarzy – rozkład ogólny oraz ze względu na płeć .....	122

# Aneks

## Kwestionariusz ankiety

Instytut Socjologii  
Wydział Nauk Społecznych  
Uniwersytetu Śląskiego  
ul. Bankowa 11  
40-007 Katowice  
tel. 032 359 18 89  
e-mail: is.wns@us.edu.pl

### LEKARZ – ZAWÓD CZY POWOŁANIE?

#### KWESTIONARIUSZ DO BADANIA POSTAW ZAWODOWYCH LEKARZY

*Szanowna Pani Doktor, Szanowny Panie Doktorze!*

Nazywam się Joanna Wójcik i jestem studentką Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach. Prowadzę badania na temat postaw lekarzy wobec pracy zawodowej. Wyniki badań posłużą mi do napisania pracy naukowej. Celem tego badania jest poznanie opinii lekarzy na temat Ich postaw wobec zawodu, osobistych predyspozycji do wykonywania roli zawodowej, motywacji do pracy oraz stosunków społecznych w miejscu pracy. Badanie to jest anonimowe, wypełnionej ankiety nie należy więc podpisywać nazwiskiem. Pragnę zapewnić, iż prowadzone przeze mnie badania służą wyłącznie celom naukowym. Opracowanie wypełnionych ankiet pozwoli na sformułowanie wniosków dotyczących stopnia identyfikacji lekarzy z Ich rolą zawodową, satysfakcji i zadowolenia z pracy oraz charakteru relacji jaką lekarze nawiązują z pacjentami. Badaniem objęci są lekarze z wybranych oddziałów szpitala.

Przed wypełnieniem ankiety proszę o jej uważne przeczytanie. Odpowiadając na kolejne pytania, należy spośród podanych alternatyw odpowiedzi wybrać odpowiedź(i) zgodną(e) z osobistymi poglądami lub wpisać jej treść we właściwym miejscu. Proszę o odpowiedź na każde pytanie, ponieważ pozostawienie pytania bez odpowiedzi obniża wartość naukową całego badania.

*Wybrane przez siebie warianty odpowiedzi proszę zaznaczyć krzyżykiem. Jeśli treść pytania nie określa inaczej, to proszę zaznaczyć tylko 1 właściwą odpowiedź. W przypadku możliwości wyboru więcej niż 1 odpowiedzi, szczegółowe dyspozycje zostały podane w nawiasie przy każdym pytaniu.*

---

**1. Czym jest dla Pana/Pani zawód lekarza?**

- a) Wyuczoną profesją, taką jak inne zawody
- b) Rzemiosłem
- c) Sztuką
- d) Powołaniem

**2. Jaka była Pana/Pani motywacja do wyboru studiów medycznych?**

(możliwość wyboru więcej niż 1 odpowiedzi)

- a) Predyspozycje osobowościowe (odporność na stres, zdolność szybkiego reagowania w sytuacji trudnej, zdolności interpersonalne itp.)
- b) Poczucie powołania do pełnienia roli lekarza
- c) Chęć zdobycia zawodowego prestiżu społecznego i autorytetu
- d) Chęć pomocy innym ludziom
- e) Dziedziczenie zawodu lekarza z pokolenia na pokolenie w rodzinie
- f) Perspektywa korzyści materialnych związanych z wysokimi zarobkami w służbie zdrowia
- g) Charakter pracy zawodowej (profesja lekarska jako zawód wolny)
- h) Inne (jakie?) .....

**3. Jakie czynniki zadecydowały o podjęciu przez Pana/Panią pracy w zawodzie lekarza? Proszę zaznaczyć krzyżykiem wszystkie te czynniki, które się do tego przyczyniły**

(możliwość wyboru więcej niż 1 odpowiedzi)

- a) Oferowanie wysokich zarobków
- b) Elastyczny czas pracy
- c) Chęć pracy z osobami chorymi i pomaganie im
- d) Własne zainteresowania

**4. Czy Pana/Pani zdaniem istnieją określone predyspozycje psychospołeczne, osobowościowe uwarunkowania do wykonywania pracy lekarza?**

- a) Tak
- b) Nie (proszę przejść do pyt. 6)

**5. Jakie to są predyspozycje?**

(możliwość wyboru więcej niż 1 odpowiedzi)

- a) Odporność na stres
- b) Zdolności analityczne

- c) Umiejętność wczucia się w sytuację innego człowieka
- d) Bezstronność i neutralność dokonywanych ocen
- e) Zacięcie badawcze
- f) Dążenie do poznania prawdy
- g) Wytrwałość
- h) Pracowitość
- i) Umiejętność wyeliminowania emocji
- j) Altruizm
- k) Siłą fizyczna
- l) Umiejętność szybkiego podejmowania decyzji
- m) Odpowiedzialność

**6. Czy Pana/Pani pracy towarzyszy tzw. konflikt w roli, czyli sytuacja konfliktu pomiędzy rolą zawodową a innymi sferami życia, na przykład rodziną, życiem prywatnym?**

- a) Tak
- b) Nie (proszę przejść do pyt. 8)

**7. Jakie są przyczyny tego konfliktu między rolami?**

(możliwość wyboru więcej niż 1 odpowiedzi)

- a) Długi i nienormowany czas pracy
- b) Nadmierne obowiązki zawodowe
- c) Nadmierne zaangażowanie się w „życie” szpitala/ oddziału
- d) Niemożność zapewnienia wszystkich potrzeb, zarówno zawodowych i rodzinnych
- e) Niezrozumienie ze strony rodziny i otoczenia prywatnego
- f) Inne (jakie?) .....

**8. Czy Pana/Pani zdaniem istnieje problem feminizacji zawodu lekarza w niektórych specjalnościach medycznych? Czy niektóre specjalizacje charakteryzują się niedoborem kobiet, a inne ich przewagą?**

a) Tak. Proszę przejść do podpunktów i wpisać odpowiedź:

- Specjalizacje zdominowane przez mężczyzn (niedobór kobiet): .....
- Specjalizacje zdominowane przez kobiety: .....

b) Nie

**9. Czym jest dla Pana/Pani postawa wobec pracy zawodowej?**

(możliwość wyboru więcej niż 1 odpowiedzi)

- a) Stosunkiem do wykonywanych zajęć, obowiązków zawodowych lekarza
- b) Stosunkiem do środowiska społecznego pracy (miejsca pracy, współpracowników, kierownictwa)

**10. Jakie czynniki wpływają na Pana/Pani postawę wobec zawodu?**

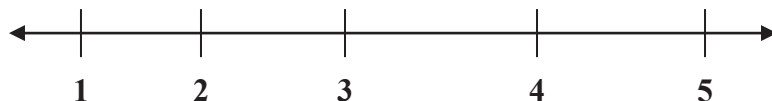
(możliwość wyboru więcej niż 1 odpowiedzi)

- a) Miejsce pracy (atmosfera w pracy, warunki i organizacja pracy, wysokość zarobków)
- b) Stosunki między współpracownikami
- c) Relacje z pacjentami
- d) Stres zawodowy
- e) Satysfakcja z pracy zawodowej
- f) Wychowanie rodzinne
- g) Proces nauczania na studiach medycznych
- h) Uwarunkowania zawodowe (doświadczenie zawodowe i staż pracy, stanowisko pracy, tytuł naukowy, przynależność do organizacji zawodowych)
- i) Inne (jakie?) .....

**11. W czym wyraża się Pana/Pani stosunek do pracy zawodowej lekarza?**

(możliwość wyboru więcej niż 1 odpowiedzi)

- a) W poziomie efektywności pracy
- b) W stopniu aktywności zawodowej (podejmowanie inicjatyw)
- c) W poziomie dyscypliny pracy
- d) W stosunku do współpracowników i kierownictwa
- e) W poziomie motywacji do pracy zawodowej
- f) W chęci podnoszenia własnych kwalifikacji zawodowych

**12. Jaki jest Pana/Pani stosunek do obecnego miejsca pracy? Proszę wyrazić swoją postawę na skali zaznaczając określoną wartość**

gdzie poszczególne wartości numeryczne oznaczają:

- 1 – stosunek zdecydowanie negatywny (zdecydowanie źle pracuje mi się w tym szpitalu)
- 2 – stosunek raczej negatywny (raczej źle pracuje mi się w tym szpitalu)
- 3 – stosunek obojętny (nie mam zdania)
- 4 – stosunek raczej pozytywny (raczej dobrze pracuje mi się w tym szpitalu)
- 5 – stosunek zdecydowanie pozytywny (zdecydowanie dobrze pracuje mi się w tym szpitalu)

**13. Czy atmosfera w szpitalu jest Pana/Pani zdaniem przyjazna dla pracowników?**

- a) Atmosfera jest zdecydowanie przyjazna (proszę przejść do pyt. 15)
- b) Atmosfera jest raczej przyjazna

- c) Atmosfera raczej nie jest przyjazna
- d) Atmosfera zdecydowanie nie jest przyjazna
- e) Nie mam zdania (proszę przejść do pyt. 15)

**14. Co Pana(i) zdaniem należałoby zmienić, by poprawić atmosferę pracy lekarzy w szpitalu? Proszę zaznaczyć wszystkie te czynniki krzyżykiem**

(możliwość wyboru więcej niż 1 odpowiedzi)

- a) System pracy w szpitalu
- b) Podejście pracowników do wykonywanej pracy
- c) Zarządzanie personelem
- d) Czas pracy
- e) Ilość zawodowych obowiązków
- f) Formalne przepisy i uregulowania
- g) Nieformalna sieć zależności między współpracownikami
- h) Inne (jakie?) .....

**15. Czy uważa Pan/Pani, że w szpitalu, w którym obecnie Pan/Pani pracuje, istnieje możliwość nabywania dodatkowych kwalifikacji zawodowych? Czy szpital stwarza możliwości rozwoju zawodowego?**

- a) Tak
- b) Nie (proszę przejść do pyt. 17)

**16. Jakiego typu są to możliwości? Proszę zaznaczyć krzyżykiem wszystkie obecne w szpitalu.**

(możliwość wyboru więcej niż 1 odpowiedzi)

- a) Dodatkowe szkolenia związane z poszerzeniem/uzupełnieniem wiedzy medycznej
- b) Dodatkowe szkolenia uprawniające do nabycia nowych umiejętności w zakresie medycyny
- c) Zagraniczne staże medyczne
- d) Inne (jakie?) .....

**17. Które z wymienionych w poniższej tabeli praktyk ma miejsce w Pana/Pani miejscu pracy? Proszę postawić krzyżyk w odpowiedniej rubryce tabeli**

PRAKTYKI	TAK	NIE
Szczególne powitanie nowych pracowników oddziału (lekarzy)		
Wspólne spotkania pracowników oddziału (lekarzy) na gruncie nieformalnym, prywatnym. Relacje koleżeńskie ze współpracownikami		
Wzajemna pomoc i solidarność zawodowa pracowników oddziału (lekarzy)		

**18. Czy w Pana/Pani miejscu pracy występują konflikty między współpracującymi lekarzami?**

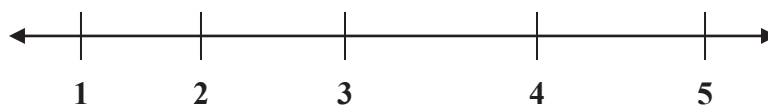
- a) Tak
- b) Nie (proszę przejść do pyt. 20)

**19. Które z poniższych zjawisk są w Pana/Pani szpitalu przyczyną występowania konfliktów i nieporozumień między lekarzami? Proszę wybrać te czynniki i zaznaczyć je krzyżykiem**

(możliwość wyboru więcej niż 1 odpowiedzi)

- a) Zła organizacja pracy
- b) Nieuzasadnione różnice w zarobkach
- c) niesprawiedliwy podział premii, nagród, wyróżnień itp.
- d) Niedopełnianie zawodowych obowiązków
- e) Różnice kulturowe wśród pracowników
- f) Zła atmosfera pracy
- g) Praca pod wpływem silnego stresu

**20. Czy Pana/Pani zdaniem praca lekarza jest stresująca? Proszę wyrazić swoją opinię na skali zaznaczając określoną wartość**



gdzie poszczególne wartości numeryczne oznaczają:

- 1 – zdecydowanie nie (proszę przejść do pyt. 22)
- 2 – raczej nie
- 3 – stosunek obojętny (nie mam zdania) (proszę przejść do pyt. 22)
- 4 – raczej tak
- 5 – zdecydowanie tak

**21. Jakie są według Pana/Pani źródła stresu zawodowego lekarzy?**

(możliwość wyboru więcej niż 1 odpowiedzi)

- a) Sposób działania instytucji medycznych
- b) Zakres współpracy między lekarzami oraz między lekarzami i pacjentami
- c) Praca w warunkach silnych emocji i napięć
- d) Zróżnicowany charakter pracy ze względu na specyfikę instytucji medycznych
- e) Bycie obciążonym problemami pacjenta
- f) Silne poczucie odpowiedzialności
- g) Brak wsparcia ze strony rodziny
- h) Konflikt między pracą a życiem prywatnym (rodziną)
- i) Konieczność podporządkowania się pod wymagania stawiane przez społeczeństwo



- j) Bezpieczeństwo pracy zawodowej
- k) Czas pracy
- l) Atmosfera pracy
- m) Relacje z innymi grupami zawodowymi

**22. Czy rodzaj nawiązanej relacji z pacjentem ma wpływ na Pana/Pani postawę wobec pracy zawodowej?**

- a) Tak, ma wpływ
- b) Nie, nie ma wpływu

**23. Jaki model komunikacji z pacjentem Pan/Pani preferuje w swojej pracy zawodowej?**

- a) Model komunikacji oparty na wymianie przekazu i jednoczesnym wzajemnym odbiorze interakcji
- b) Model przyjacielski oparty na humanizmie wobec osoby pacjenta oraz rezygnacji lekarza z pozycji dominującej i skłonności do wyrażania własnych odczuć i emocji przy jednoczesnej wzajemnej akceptacji i zaufaniu, chęci współpracy, empatii
- c) Model transakcyjny oparty na komplementarnej współpracy lekarza z pacjentem, na negocjowaniu warunków leczenia z pacjentem
- d) Model konfliktowy, u którego podstaw leży przekonanie lekarza, iż jego interes jest rozbieżny z interesem pacjenta i opiera się na zderzeniu dwóch odmiennych perspektyw
- e) Model funkcjonalny, który opiera się na obiektywizmie lekarza, jego neutralności emocjonalnej, bezstronności i prezentowaniu postawy dominacji nad pacjentem z racji pełnionej funkcji
- f) Model społeczno-kulturowy, oparty na odgrywaniu wyznaczonych ról, które uwarunkowane są normami społecznymi i kulturowymi

**24. Czym jest dla Pana/Pani komunikacja z pacjentem?**

(możliwość wyboru więcej niż 1 odpowiedzi)

- a) Wymianą wzajemną informacji
- b) Nawiązaniem emocjonalnej więzi z pacjentem

**25. Podczas komunikacji z pacjentem jakiego języka Pan/Pani używa?**

- a) Języka naukowego, medycznego, odpowiedniego dla danego schorzenia
- b) Języka potocznego, zrozumiałego w pełni dla pacjenta

**26. Czy Pana/Pani zdaniem stres zawodowy lekarza oraz stres pacjenta mają wpływ na komunikację między lekarzem a pacjentem?**

- a) Tak
- b) Nie

**27. Czy uważa Pan/Pani, że zachowania niewerbalne (gesty, ruchy ciała, mimika twarzy) mają wpływ na komunikację pacjenta z lekarzem?**

- a) Tak, mają bardzo duży wpływ
- b) Mają wpływ, ale niewielki
- c) W ogóle nie mają wpływu

**28. Czy uważa Pan/Pani, że rekwizyty towarzyszące lekarzowi (stetoskop, rękawiczki gumowe, leżanka, biały kitel) mogą wpływać na stres pacjenta oraz przebieg interakcji podczas badania między lekarzem i pacjentem?**

- a) Tak, mają ogromny wpływ negatywny
- b) Tak mają wpływ pozytywny
- c) Są obojętne, nie mają wpływu

**29. Czy Pana/Pani zdaniem istnieje problem dystansu na linii lekarz–pacjent?**

- a) Tak (proszę przejść do pyt. 30)
- b) Nie (proszę zakończyć wypełnianie ankiety)

**30. Jak można przezwyciężyć ten dystans?**

(możliwość wyboru więcej niż 1 odpowiedzi)

- a) Sprawić, aby lekarz z roli specjalisty wszedł rolę zwykłego człowieka
- b) Sprawić, aby pacjent w mniejszym stopniu odczuwał swój brak wiedzy medycznej, posługiwać się językiem potocznym
- c) Sprawić, aby pacjent nie postrzegał lekarza jako nieomylny autorytet

---

*Serdecznie dziękuję za uważne i szczere wypełnienie ankiety oraz za okazaną pomoc. Jednocześnie proszę, aby sprawdził(a) Pan(i), czy udzielił(a) Pan(i) odpowiedzi na wszystkie pytania. Jeśli ma Pan(i) dodatkowe uwagi na temat poruszany w ankiecie, bądź jakiegokolwiek zastrzeżenia do sposobu prowadzenia badań, uprzejmie proszę, aby podał(a) je Pan(i) na tej stronie, bądź informację taką wysłał(a) na adres e-mailowy osoby prowadzącej badania: joanna\_wojcik@wp.pl.*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*Proszę na koniec o podanie kilku informacji o sobie. Ułatwią one analizę materiału i zostaną użyte wyłącznie do statystycznego opracowania wyników badania.*

**METRYCZKA:****1. Płeć:**

- *Kobieta*
- *Mężczyzna*

**2. Wiek:**

- *24–34 lat*
- *35–45 lat*
- *46–56 lata*
- *57–67 lata*
- *Powyżej 67 roku życia*

**3. Tytuł naukowy:**

- *Lekarz medycyny*
- *Doktor nauk medycznych*
- *Doktor habilitowany*
- *Profesor*

**4. Specjalizacja:**

- *Posiadam*
- *Nie posiadam*

**5. Stanowisko pracy:**

- *Ordynator oddziału*
- *Zastępca ordynatora oddziału*
- *Lekarz*
- *Lekarz rezydent*
- *Inne (jakie?) .....*

## Dyspozycje do wywiadu

Czym dla Pana/Pani jest zawód lekarza? Czy jest powołaniem, sztuką, wyuczoną profesją, rzemiosłem, czy może jeszcze czymś innym?

Czy uważa Pan/Pani, że do wykonywania zawodu lekarza konieczne są osobiste predyspozycje, pewne psychiczne uwarunkowania? Jeśli tak, to jakie?

Czy w Pana/Pani zawodzie występuje problem tzw. konfliktu ról (praca zawodowa lekarza z uwagi na jej specyfikę – tj. czas i długość pracy, wymaganą dyspozycyjność, konieczność nieustannego doksztalcania się – kłóci się z innymi rolami życiowymi, jak na przykład z rolą małżonka, rodzica, przyjaciela)? Jeśli tak, to jakie są tego przyczyny?

Czy zauważa Pan/Pani problem feminizacji niektórych specjalizacji medycznych oraz niedobór kobiet–lekarzy w innych dziedzinach medycyny? W których specjalizacjach jest Pana/Pani zdaniem niedobór, a w których nadmiar kobiet–lekarzy?

Czym jest Pana/Pani zdaniem postawa wobec pracy zawodowej lekarza? Czy jest ona stosunkiem do wykonywanych zajęć zawodowych, czy raczej stosunkiem do środowiska społecznego pracy? W jakich czynnikach wyraża się Pana/Pani postawa wobec pracy zawodowej?

Jakie czynniki wpływają na Pana/Pani postawę wobec pracy zawodowej? Czy jest to stres zawodowy, satysfakcja z pracy zawodowej, stosunki między współpracownikami, warunki i miejsce pracy, relacje z pacjentami, wychowanie rodzinne, proces nauczania na studiach medycznych, uwarunkowania zawodowe (Pana/Pani doświadczenie zawodowe, tytuł naukowy, stanowisko pracy)?

Czy Pana/Pani zdaniem stres zawodowy występuje w pracy lekarza? Jeśli tak, to czy wpływa on na Pana/Pani postawę wobec pracy zawodowej? Jakie są Pana/Pani zdaniem główne przyczyny stresu zawodowego w pracy lekarza? Czy są to któreś z wymienionych czynników: sposób działania instytucji medycznych, zakres współpracy między lekarzami oraz między lekarzami i pacjentami, praca w warunkach silnych emocji i napięć, zróżnicowany charakter pracy ze względu na specyfikę instytucji medycznych, bycie obciążonym problemami pacjenta, silne poczucie odpowiedzialności, brak wsparcia ze strony rodziny, konflikt między pracą a życiem prywatnym, konieczność podporządkowania się pod wymagania stawiane przez społeczeństwo, bezpieczeństwo pracy zawodowej, czas pracy, atmosfera pracy, relacje z innymi grupami zawodowymi?

Jaki jest Pana/Pani stosunek do obecnego miejsca pracy? Jak ocenia Pan/Pani swoje obecne miejsce pracy biorąc pod uwagę takie czynniki jak: atmosfera w pracy, rywalizacja zawodowa, konflikty na podłożu zawodowym?

Czym jest dla Pana/Pani komunikacja z pacjentem? Jak ją Pan/Pani traktuje? Czy komunikacja z pacjentem jest dla Pana/Pani wyłącznie wymianą informacji czy raczej nawiązaniem emocjonalnej więzi z pacjentem?

Jaki model komunikacji z pacjentem Pan/Pani preferuje? Model funkcjonalny (zachowujący dystans między lekarzem a pacjentem i oparty na wykonaniu

określonych działań), model komunikacji (oparty na wymianie przekazu i jednoczesnym wzajemnym odbiorze interakcji), model przyjacielski (oparty na humanizmie wobec osoby pacjenta oraz rezygnacji lekarza z pozycji dominującej i skłonności do wyrażania własnych odczuć i emocji przy jednoczesnej wzajemnej akceptacji i zaufaniu, chęci współpracy, empatii), model transakcyjny (oparty na komplementarnej współpracy lekarza z pacjentem, na negocjowaniu warunków leczenia z pacjentem), model społeczno-kulturowy (oparty na odgrywaniu wyznaczonych ról, które uwarunkowane są normami społecznymi i kulturowymi) bądź model konfliktowy (u którego podstaw leży przekonanie lekarza, iż jego interes jest rozbieżny z interesem pacjenta i opiera się na zderzeniu dwóch odmiennych perspektyw)?

W jaki sposób przekazuje Pan/Pani informację pacjentowi o jego stanie zdrowia/ chorobie? Jakiego języka Pan/Pani używa w komunikacji z pacjentem?

Czy Pana/Pani zdaniem istnieje problem dystansu na linii lekarz–pacjent (asymetria ról lekarza i pacjenta)? Jeśli tak, to w jaki sposób można pokonać ten problem?

# Bibliografia

## Encyklopedie i słowniki

- Boksański Z. (kom. red.), Kojder A. (red. nauk.), *Encyklopedia socjologii*, T. 1, A–J, Oficyna Naukowa, Warszawa 1998.
- Boksański Z. (kom. red.), Domański H. (red. nauk.), *Encyklopedia socjologii*, T. 2, K–N, Oficyna Naukowa, Warszawa 1999.
- Boksański Z. (kom. red.), Domański H. (red. nauk.), *Encyklopedia socjologii*, T. 3, O–R, Oficyna Naukowa, Warszawa 2000.
- Boksański Z. (kom. red.), Frieske K.W. (red. nauk.), *Encyklopedia socjologii*, T. 4, S–Ż, Oficyna Naukowa, Warszawa 2002.
- Cienkowski W., *Praktyczny słownik wyrazów bliskoznacznych*, PWN, Warszawa 1993.
- Marshall G. (red.), *Słownik socjologii i nauk społecznych*, tłum. A. Kapciak i in., Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004.
- Olechnicki K., Załęcki P., *Słownik socjologiczny*, wyd. Graffiti BC, Toruń 2002.
- Reber A.S., *Słownik psychologii*, tłum. B. Janasiewicz-Kruszyńska, wyd. Scholar, Warszawa 2000.
- Skorupka S., Anderska H., Łempicka Z. (red.), *Mały Słownik Języka Polskiego*, PWN, Warszawa 1989.
- Zgółkowa H. (red.), *Praktyczny słownik współczesnej polszczyzny*, T. 2, Wydawnictwo Kurpisz, Poznań 2000.

## Literatura tematyczna

- Aronson E., Wilson T.D., Akert R.M., *Psychologia społeczna*, tłum. J. Gilewicz, wyd. Zysk i S-ka, Poznań 2006.
- Aronson E., Wilson T.D., Akert R.M., *Psychologia społeczna: serce i umysł*, tłum. A. Bezwińska, wyd. Zysk i S-ka, Poznań 1997.
- Bailey R.B., *Toksyczna praca – jak przezwyciężyć stres, przeciążenie i znużenie i jak ożywić swoją karierę zawodową*, tłum. Radomski Norbert, Wydawnictwo Rebis, Poznań 1998.

- Barański J., Piątkowski W. (red.), *Zdrowie i choroba: wybrane problemy z socjologii medycyny*, wyd. Atut, Wrocław 2002.
- Barański J., Waszyński E., Steciwko A. (red.), *Komunikowanie się lekarza z pacjentem (empatia, troska, intymność, autonomia, prawo)*, Wydawnictwo Astrum, Wrocław 2000.
- Barczyk J., *Stres zawodowy i jego skutki*, Wydawnictwo Towarzystwa Naukowego Organizacji i Kierownictwa, Oddział w Katowicach, Katowice 1988.
- Benien K., *Jak prowadzić trudne rozmowy*, tłum. K. Janisz, Wydawnictwo WAM, Kraków 2005.
- Berger P.L., Luckmann T., *Społeczne tworzenie rzeczywistości*, wyd. PIW, Warszawa 1983.
- Bidakowski K., Wójcik T. (red.), *Pamiętniki lekarzy*, Spółdzielnia Wydawnicza Czytelnik, Warszawa 1964.
- Biegeleisen-Żelazowski B., *Co to jest psychologia pracy*, Wydawnictwo Wiedza-Zawód-Kultura, Kraków 1949.
- Bloom S.W., *The doctor and his patient. A sociological interpretation*, Russell Sage Foundation, New York 1963.
- Bochenek K., Kortko D., *Dobry zawód. Z lekarzami rozmawiają Krystyna Bocenek i Dariusz Kortko*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2006.
- Bogusz J., *Lekarz i jego chorzy*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1984.
- Bohner G., Wanke M., *Postawy i zmiany postaw*, tłum. J. Radzicki, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004.
- Borkowski J., *Socjologia i psychologia społeczna. Zarys wykładu*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistycznej im. A. Gieysztora w Pułtusk, Pułtusk 2003.
- Brehant J., *Thanatos – chory i lekarz w obliczu śmierci*, tłum. U. Sudolska, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1980.
- Brown R., *Procesy grupowe – dynamika wewnątrzgrupowa i międzygrupowa*, tłum. J. Suchecki, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004.
- Bryluk M., Wawrzak-Chodaczek M. (red.), *Komunikacja społeczna w świecie realnym*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2008.
- Bryluk M., Wawrzak-Chodaczek M. (red.), *Wartości w komunikacji różnych grup społecznych*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2009.
- Bugiel J. (red.), *Socjologia i psychologia pracy*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1987.
- Bugiel J., Haber L.H., *Zarządzania a socjologia i psychologia pracy: wybór tekstów dla studentów uczelni technicznych*, Wydawnictwo AGH, Kraków 1994.
- Chlewiński Z., *Postawy a cechy osobowości*, wyd. TN KUL, Lublin 1987.
- Cialdini R.B., *Wywieranie wpływu na ludzi – teoria i praktyka*, tłum. B. Wojciszke, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002.
- Criso R.J., Turner R.N., *Psychologia społeczna*, tłum. M. Gocłowska, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009.

- Davis M.H., *Empatia: o umiejętności współodczuwania*, tłum. J. Kubiak, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2001.
- Dobrowolska D., *Praca w życiu człowieka*, Instytut Wydawniczy CRZZ, Warszawa 1980.
- Domachowski W., Argyle M., *Reguły życia społecznego – oksfordzka psychologia społeczna*, tłum. M. Brząkała, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1994.
- Domachowski W., *Psychologia społeczna komunikacji niewerbalnej*, wyd. Edytor, Toruń 1993.
- Dymkowski M., Gałdicki Z. (red.), *Socjologia pracy: wybór tekstów*, Wydawnictwo Politechniki Wrocławskiej, Wrocław 1978.
- Edelmann R.J., *Konflikty w pracy*, tłum. S. Kot, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
- Fiske J., *Wprowadzenie do badań nad komunikowaniem*, tłum. A. Gierczak, wyd. Astrum, Wrocław 2003.
- Gerring R.J., Zimbardo P.G., *Psychologia i życie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.
- Gibiński K., *Pacjent i lekarz*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe – Oddział w Krakowie, Kraków 1966.
- Gillon R., *Etyka lekarska – problemy filozoficzne*, tłum. A. Alichniewicz, A. Szczęsna, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1997.
- Gliszczyńska X., *Psychologia pracy: wybrane zagadnienia*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1977.
- Głowacka M.D. (red.), *Promocja zdrowia: konteksty społeczno-kulturowe*, Wydawnictwo Wolumin, Poznań 2000.
- Gordon T., Sterling E., *Pacjent jako partner*, tłum. T. Szafrąński, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1999.
- Gordon T., Sterling E., *Rozmawiać z pacjentem: podręcznik doskonalenia umiejętności komunikacyjnych i budowania partnerskich relacji*, tłum. T. Szafrąński, Wydawnictwo Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej „Academica”, Warszawa 2009.
- Griffin E., *Język przyjaźni*, tłum. Z. Kościuk, Wydawnictwo Rodzinny Krąg, Warszawa 1994.
- Griffin E., *Podstawy komunikacji społecznej*, tłum. O. i W. Kubińscy, M. Kacmajor, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003.
- Hamer H., *Psychologia społeczna: teoria i praktyka*, wyd. Difin, Warszawa 2005.
- Hannaway C., Hunt G., *Umiejętności menadżerskie*, tłum. K. Bolesta-Kukułka, Wydawnictwo Kopia, Warszawa 1994.
- Hartman J., Waligóra M. (red.), *Etyczne aspekty decyzji medycznych*, Wydawnictwo Lex a Wolters Kluwer Business, Warszawa 2011.
- Hauck P., *Uspokój się: jak radzić sobie z frustracją i złością*, tłum. H. Mizerska, Wydawnictwo Książka i Wiedza, Warszawa 1994.
- Hebda P., Madejski J., *Zawód z pasją: nauka, praca, kariera*, Wydawnictwo Park, Bielsko-Biała 2004.



- Heszen I. (red.), *Psychologiczne aspekty pracy lekarza z człowiekiem chorym somatycznie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1986.
- Heszen-Niejodek I., *Lekarz i pacjent: badania psychologiczne*, wyd. Universitas, Kraków 1992.
- Heszen-Niejodek I., Sęk H., *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
- Heszen-Niejodek I., Sęk H. (red.), *Psychologia zdrowia: praca zbiorowa*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997.
- Hirsh S., Kummerow J., *Psychologia. Typy życiowe – osobowość, charakter i predyspozycje zawodowe*, Wydawnictwo Astrum, Wrocław 1997.
- Hoffman M.L., *Empatia i rozwój moralny*, tłum. O. Waśkiewicz, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006.
- Jacennik B. (red.), *Komunikowanie społeczne w promocji i ochronie zdrowia*, wyd. VIZJA PRESS&IT, Warszawa 2010.
- Januszek H., Sikora J., *Socjologia pracy*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Poznań 1998.
- Jarco J., Lewandowska B., Stasiuk J. (pod red.), *Socjologia i komunikacja społeczna: wykłady*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania „Edukacja” we Wrocławiu, Wrocław 2000.
- Jarosz M., *Lekarz psychiatra i jego pacjent*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1982.
- Jeruszka U., *Człowiek i zawód. Wybrane zagadnienia z pedagogiki pracy*, Wydawnictwo Instytutu Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2010.
- Karney J.E., *Podstawy psychologii i pedagogiki pracy*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistycznej im. A. Gieysztora w Pułtusk, Pułtusk 2004.
- Korzeniowska E., *Zachowania i świadomość zdrowotna w sferze pracy*, Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy im. dr med. Jerzego Nofera: Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy, Łódź 1997.
- Kowalczyk R., *Psychologia w pracy z ludźmi*, Instytut Wydawniczy CRZZ, Warszawa 1973.
- Kowalczyk R., Sieczyński T., *Psychologia i socjologia pracy*, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1984.
- Krasowska-Kłos R., *Nowe ubezpieczenia zdrowotne z krótkim komentarzem: zbiór najnowszych przepisów: powszechne ubezpieczenie zdrowotne, zakłady opieki zdrowotnej, zawód lekarza, izby lekarskie, zawody pielęgniarzy i położnej, ochrona zdrowia psychicznego*, Wydawnictwo Infor, Warszawa 1999.
- Kurcz I., *Psychologia języka i komunikacji*, wyd. Scholar, Warszawa 2000.
- Lachowicz-Tabaczek K. (red.), *Psychologia społeczna w zastosowaniach: od teorii do praktyki*, wyd. Atla 2, Wrocław 2001.
- Leary M., *Wywieranie wrażenia na innych: o sztuce autoprezentacji*, tłum. A. Kacmajor, M. Kacmajor, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 1999.
- Ley P., *Communication with patients*, New York 1988.

- Libiszowska-Żółtkowska M., Ogryzko-Wiewiórowskiej M., Piątkowski W. (red.), *Szkice z socjologii medycyny: praca zbiorowa*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 1998.
- Lubrańska A., *Psychologia pracy – podstawowe pojęcia i zagadnienia*, Wydawnictwo Centrum Doradztwa i Informacji Difin, Warszawa 2008.
- Ładosz J., *Klasa a zawód*, Wydawnictwo Książka i Wiedza, Warszawa 1980.
- Machaj I. (red.), *Małe struktury społeczne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 1998.
- Maciołek D. (wybór i oprac.), *Służba zdrowia – przepisy prawne*, Wydawnictwo Ławica, Poznań 1993.
- Makarczuk A., *Zawód w ujęciu socjologicznym*, Wydawnictwo Akademii Nauk Społecznych, Warszawa 1986.
- Mayerscough P.R., Ford M., *Jak rozmawiać z pacjentem*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2001.
- Michalik M., *Praca jako wartość moralna*, Wydawnictwo Towarzystwa Krzewienia Kultury Świeckiej, Centralny Ośrodek Doskonalenia Kadr Laickich, Warszawa 1974.
- Mika S., *Psychologia społeczna*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1987.
- Moscovici S. (red.), *Psychologia społeczna w relacji ja – inni*, tłum. M. Cielecki, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1998.
- Mucha J., *Konflikt i społeczeństwo: z problematyki konfliktu społecznego we współczesnych teoriach zachodnich*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1978.
- Myers D.G., *Psychologia społeczna*, tłum. A. Bezwińska-Walerjan, wyd. Zyska i S-ka, Poznań 2003.
- Nasierowski T., *Świat lekarski w Polsce: (II połowa XIX w. – I połowa XX w.): idee, postawy, konflikty*, Wydawnictwo Okręgowej Izby Lekarskiej, Warszawa 1992.
- Newcomb T.M., Turner R.H., Converse P.E., *Psychologia społeczna: studium interakcji ludzkich*, tłum. H. Muszyński, PWN, Warszawa 2005.
- Nowacka M., *Autonomia pacjenta jako problem moralny*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2005.
- Nowak S., *Teorie postaw*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1973.
- Ogińska-Bulik N., Kaflik-Pieróg M., *Stres zawodowy w służbach ratowniczych*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi, Łódź 2006.
- Oniszczenko W., *Stres to brzmi groźnie*, Wydawnictwo Żak, Warszawa 1998.
- Ossowska M., *Normy moralne. Próba systematyzacji*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2000.
- Ostrowska A. (red.), *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy. Kategorie analizy*, Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 2009.
- Pacholski M., *Typy osobowości społecznej a postawy i wartości – studium socjologiczne*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Krakowie, Kraków 1990.
- Patrick D.L., Scambler G., *Sociology as Applied to Medicine*, Bailliere Tindall, London 1986.

- Peruszka U., *Człowiek i zawód. Wybrane zagadnienia z pedagogiki pracy*, Wydawnictwo Instytutu Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2010.
- Piątkowski W., Brodniak W.A. (red.), *Zdrowie i choroba: perspektywa socjologiczna*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Społeczno-Gospodarczej, Tyczyn 2005.
- Piątkowski W. (red.), *Zdrowie, choroba, społeczeństwo: studia z socjologii medycyny*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2004.
- Piątkowski W., Płonka-Syroka B. (red.), *Socjologia i antropologia medycyny w działaniu*, Oficyna Wydawnicza Arboretum, Wrocław 2008.
- Piątkowski W., Titkow A. (red.), *W stronę socjologii zdrowia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2002.
- Pietrasinski Z., *Podstawy psychologii pracy*, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1979.
- Pietrzak H., Hałaj J.B., *Psychologia społeczna w praktyce*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Rzeszów 2000.
- Płonka-Syroka B. (red.), *Relacje lekarz-pacjent w aspekcie społecznym, historycznym i kulturowym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2005.
- Poleszczuk J., *Ewolucyjna teoria interakcji społecznych*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2004.
- Radziejewicz-Winnicki A., *Identyfikacja z zawodem, grupą roboczą i zakładem pracy (studium pedagogiczno-społeczne)*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach, Katowice 1979.
- Ratajczak Z., *Elementy psychologii pracy*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1991.
- Ratajczak Z., *Psychologia pracy i organizacji*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
- Ratajczak Z., Bańka A., Turska E., *Współczesna psychologia pracy i organizacji: wybrane zagadnienia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2006.
- Renaud J., *Przewodnik antystresowy*, tłum. E. Burska, A. Pietrasz, Wydawnictwo Interpress, Warszawa 1993.
- Salmon P., *Psychologia w medycynie wspomaga współpracę z pacjentem i proces leczenia*, tłum. M. Gajdzińska, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002.
- Schultz D.P., Schultz S.E., *Psychologia a wyzwania dzisiejszej pracy*, tłum. G. Kramas, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
- Selye H., *Stress życia*, tłum. J.W. Guzek, R. Rembiesa, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1960.
- Sęk H. (red.), *Wypalenie zawodowe: przyczyny i zapobieganie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009.
- Soborski W., *Postawy, ich badanie i kształtowanie*, Wydawnictwo Naukowe WSP, Kraków 1987.
- Sokołowska M. (red.), *Badania socjologiczne w medycynie: praca zbiorowa*, wyd. Książka i Wiedza, Warszawa 1969.
- Sokołowska M., *Granice medycyny*, wyd. Wiedza Powszechna, Warszawa 1980.

- Sokołowska M., Hołówka J., Ostrowska Antonina (red.), *Socjologia a zdrowie*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1976.
- Sokołowska M., *Socjologia medycyny*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1986.
- Stefaniak K., *Władza i tożsamość w komunikacji lekarz–pacjent*, Oficyna Wydawnicza ATUT – Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, Wrocław 2011.
- Stephan W.G., Cookie S.W., *Wywieranie wpływu przez grupy. Psychologia relacji*, tłum. M. Kacmajor, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 1999.
- Stepulak M.Z., *Psycholog jako zawód zaufania społecznego*, Wydawnictwo Towarzystwa Naukowego KUL, Lublin 2007.
- Sterniczuk B., Sterniczuk H., *Postawy wobec pracy*, Instytut Wydawniczy CRZZ, Warszawa 1979.
- Strelau J. (red.), *Psychologia: podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000.
- Svarstad B.L., *Physician – patient communication and patient conformity with medical advice*, The Growth of Bureaucratic Medicine, New York 1976.
- Szacka B., *Wprowadzenie do socjologii*, Oficyna Naukowa, Warszawa 2003.
- Szczepański J., *Elementarne pojęcia socjologii*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1972.
- Sztompka P., *Socjologia. Analiza społeczeństwa*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2004.
- Sztumski J., *Socjologia pracy*, Wyd. Górnośląskiej Wyższej Szkoły Handlowej, Katowice 1999.
- Sztumski J., *Socjologia pracy w zarysie*, Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa 1981.
- Szumowski W., *Filozofia medycyny*, Wydawnictwo Marek Derewiecki, Kęty 2007.
- Terelak J., *Stres psychologiczny*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 1995.
- Terelak J.F., *Stres zawodowy – charakterystyka psychologiczna wybranych zawodów stresowych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa 2007.
- Thiel E., *Mowa ciała zdradzi więcej niż tysiąc słów*, tłum. W. Moniak, Wydawnictwo Astrum, Wrocław 2001.
- Titkow A., *Zachowanie i postawy wobec zdrowia i choroby – studium warszawskie*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1983.
- Tobiasz-Adamczyk B., *Relacje lekarz pacjent w perspektywie socjologii medycyny*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002.
- Tobiasz-Adamczyk B., *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000.
- Tobiasz-Adamczyk B., Szafraniec K., Bajka J., *Zachowanie w chorobie: opis przebiegu choroby z perspektywy pacjenta*, Wydawnictwo Collegium Medicum UJ, Kraków 1999.
- Tokarski S., *Elementy psychologii pracy*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1982.

- Turner J.H., *Socjologia. Koncepcje i ich zastosowanie*, tłum. E. Różalska, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 1998.
- Uramowska-Żyto B., *Medycyna jako wiedza i system działań*, Ossolineum, Wrocław–Warszawa 1980.
- Uramowska-Żyto B., *Zdrowie i choroba w świetle wybranych teorii socjologicznych*, Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 1992.
- Wawrzak-Chodaczek M. i S. (red.), *Wartości w komunikowaniu, Socjologia w zakładzie pracy – praca zbiorowa*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2009.
- Widerszpil Instytut Wydawniczy CRZZ, Warszawa 1978.
- Winniczuk L., *Zawód, który nie sprawił zawodu*, Wydawnictwa Szkole i Pedagogiczne, Warszawa 1992.
- Wojcieszke B., *Psychologia społeczna, system poznawczy i procesy spostrzegania ludzi*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1986.
- Wojtczak K., *Zawód i jego prawna reglamentacja. Studium z zakresu materialnego prawa administracyjnego*, Przedsiębiorstwo Wydawnicze Ars boni et aequi, Poznań 1999.
- Wosińska W., Sosinka-Pietras M., *Postawy i zachowanie się ludzi w sytuacji pracy*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, 1984.
- Zaborowski P., *Filozofia postępowania lekarskiego*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1990.
- Zimbardo P.G., *Psychologia i życie*, tłum. E. Czerniawska, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004.

### Literatura metodologiczna

- Babbie E., *Badania społeczne w praktyce*, tłum. W. Betkiewicz, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004.
- Babbie E., *Podstawy badań społecznych*, tłum. W. Betkiewicz, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
- Brzeziński J.M., *Metodologia badań społecznych – wybór tekstów*, Wyd. Zysk i S-ka, Poznań 2011.
- Brzeziński J., *Struktura procesu badawczego w naukach behawioralnych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1976.
- Frankfort-Nachmias C., Nachmias D., *Metody badawcze w naukach społecznych*, tłum. E. Hornowska, Wyd. Zysk i S-ka, Poznań 2001.
- Gruszczyński L.A., *Elementy metod i technik badań socjologicznych*, Śląskie Wydawnictwa Naukowe Wyższej szkoły Zarządzania i Nauk Społecznych w Tychach, Tychy 2002.
- Gruszczyński L.A., *Kwestionariusze w socjologii. Budowa narzędzi do badań surveyowych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2001.



- Marody M., *Sens teoretyczny a sens empiryczny pojęcia postawy – analiza metodologiczna zasad doboru wskaźników w badaniach nad postawami*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1976.
- Mayntz R., Holm K., Hübner P., *Wprowadzenie do metod socjologii empirycznej*, tłum. W. Lipnik, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1985.
- Nowak S., *Metodologia badań społecznych*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1985.
- Ogryzko-Wiewiórowski H., *Wprowadzenie do metod badawczych w socjologii*, wyd. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 1986.
- Podgórski R.A., *Metodologia badań socjologicznych – kompendium wiedzy metodologicznej dla studentów*, Oficyna Wydawnicza Branta, Olsztyn 2007.
- Sztumsk J., *Wstęp do metod i technik badań społecznych*, Wyd. Śląsk, Katowice 1999.
- Zimny Z.M., *Metodologia badań społecznych – wprowadzenie*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Częstochowa 2000.

### Artykuły z czasopism

- Doroszewski A., *Interdyscyplinarne podejście do zdrowia i choroby*, „Studia Socjologiczne” 2008, nr 4.
- Mnich A., *Postawa lekarza w służbie życiu i zdrowiu osoby-pacjenta*, „Życie i płodność” 2009, nr 2.
- Ostrowska A., *Rola pacjenta i lekarza: zmiany w scenariuszu*, „Studia Socjologiczne” 1981, nr 3.
- Sokołowska M., *Oddziaływanie na proces społecznej rehabilitacji pacjentów*, „Studia Socjologiczne” 2011, nr 1.
- Sokołowska M., *Poznawcza i społeczna tożsamość socjologii medycyny*, „Studia Socjologiczne” 1989, nr 3.
- Sokołowska M., *Socjologia medycyny*, „Studia Socjologiczne” 1987, nr 3–4.
- Sokołowska M., *Społeczne przyczyny choroby*, „Studia Socjologiczne” 1986, nr 2.

### Źródła internetowe

- <http://biznes.interia.pl/biznes.interia.pl/news/wynagrodzenia-w-sluzbie-zdrowia,1141744,5163> [dostęp: 15.04.2012].
- <http://czasopisma.viamedica.pl/fmr/article/view/10312> [dostęp: 01.06.2012].
- <http://www.garfield.library.upenn.edu/classics1985/A1985AGU9800001.pdf> [dostęp: 18.04.2012].
- [http://www.imp.lodz.pl/upload/oficyna/artykuly/pdf/full/2008/6\\_Boczkowski.pdf](http://www.imp.lodz.pl/upload/oficyna/artykuly/pdf/full/2008/6_Boczkowski.pdf) [dostęp: 15.05.2012].
- [http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/karta\\_praw\\_pacjenta\\_07082007.pdf](http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/karta_praw_pacjenta_07082007.pdf) [dostęp: 21.04.2012].

- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1154924/pdf/jmedeth00156-0018.pdf> [dostęp: 18.04.2012].
- [http://www.oil.org.pl/xml/nil/wladze/str\\_sad/biuletyn/b2001/b200103](http://www.oil.org.pl/xml/nil/wladze/str_sad/biuletyn/b2001/b200103) [dostęp: 15.05.2012]
- <http://praca.wp.pl/strona,2,title,Zarobki-lekarzy-w-Polsce-i-w-innych-panstwach-Europy,wid,14189147,wiadomosc.html> [dostęp: 18.04.2012].
- [http://www.pracuj.pl/zarobki-wynagrodzenia-raporty-placowe-zarobki-sluzba-zdrowia-2009.htm?gclid=CJSBuce\\_ta8CFcfP3wod02d1iA#top](http://www.pracuj.pl/zarobki-wynagrodzenia-raporty-placowe-zarobki-sluzba-zdrowia-2009.htm?gclid=CJSBuce_ta8CFcfP3wod02d1iA#top) [dostęp: 15.04.2012]
- <http://www.racjonalista.pl/kk.php/s,4616> [dostęp: 22.04.2012]
- <http://www.rp.pl/artukul/99588.html> [dostęp: 16.04. 2012]